FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 21 avril 1910, à 1 heure

Par **COHEN**

Né le 27 mars 1877. Paris.

DES

TROUBLES SPHINCTÉRIENS ET GÉNITAUX

DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Président : M. RAYMOND, *professeur.*

Juges : MM. GILBERT BALLET, *professeur.*
GOUGET et CLAUDE, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*
(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1910

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL. DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET. QUENU. RECLUS. SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD. BAR. RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynecologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Depuis la description magistrale que Charcot a donnée de la sclérose en plaques, nos idées sur cette maladie ont considérablement changé. Alors qu'il y a encore quelques années on n'osait guère faire le diagnostic de cette maladie qu'en présence de la triade symptomatique (démarche cérébello-spasmodique, troubles de la parole, et tremblement intentionnel), les notions que nous avons acquises, en particulier sur les formes frustes, nous permettent de reconnaître cette affection là où autrefois on eût hésité. Cela est encore vrai pour le diagnostic précoce de la sclérose multiple ; on sait en effet à quel point celui-ci est difficile lorsqu'on a affaire à une simple paraplégie spasmodique. Une des caractéristiques que Charcot avait cru pouvoir attribuer à la maladie était l'absence ou au moins l'extrême rareté des troubles sphinctériens, et pendant longtemps on a opposé la paraplégie spastique, forme fruste de la sclérose en plaques, à celle par laquelle se manifestent d'autres affections telles que les compressions de la

moelle ou la syphilis spinale. Alors qu'en Allemagne, il y a déjà une vingtaine d'années certains auteurs qui ne furent d'ailleurs pas suivis par la majorité des neurologistes s'étaient élevés contre cette manière de voir, en France la doctrine classique a continué à prévaloir. Tout récemment cependant, MM. Claude et Rose ont publié un court travail destiné à démontrer l'inexactitude de cette conception. Ils ont bien voulu me charger de développer dans cette thèse les arguments et les conclusions qu'ils ont tirés de l'examen de nombreuses observations dans le service de M. le professeur Raymond à la Salpêtrière et de publier un résumé de ces observations.

Nous commencerons par exposer les opinions successives des neurologistes sur ce point de l'histoire de la sclérose en plaques; nous étudierons ensuite la fréquence, la date d'apparition, l'évolution et la forme de ses troubles sphinctériens et génitaux et enfin nous verrons, à l'aide de certains de ces cas suivis d'autopsies, si ces troubles peuvent être expliqués d'une façon satisfaisante par les lésions anatomiques.

Qu'il nous soit permis au début de ce modeste travail de remercier M. le professeur Raymond d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse et de nous avoir largement ouvert les portes de son service et de son laboratoire. Que M. le professeur agrégé Claude et notre ami Rose reçoivent l'expression de notre reconnaissance pour les documents qu'ils ont bien voulu nous confier.

HISTORIQUE

Comme nous le disions dans l'introduction, pour Charcot les troubles sphinctériens et génitaux ne faisaient guère partie du tableau clinique de la sclérose en plaques. Voici en effet ce qu'il dit à leur sujet :

« Les sphincters ne prennent part que très rarement à l'affaissement des muscles des membres, ce qui établit un contraste avec beaucoup d'affections spinales où l'on voit, au contraire, de très bonne heure, des troubles de la vessie et du rectum venir se joindre aux autres symptômes (*Leçons sur les maladies du système nerveux*, I, p. 241).

En 1894, M. Pierre Marie dans le *Traité de médecine* de Charcot-Bouchard considérait ces troubles comme très rares et comme appartenant exclusivement à la période terminale de cette maladie ; dans la seconde édition de ce traité, il exprime une opinion analogue. M. Mosny, dans le *Manuel de médecine*, les considère également comme exceptionnels, tardifs, et toujours peu accusés.

L'avis que MM. Déjerine et Thomas émettent dans le *Traité de médecine* Brouardel-Gilbert diffère sensiblement des opinions précédentes : « Les sphincters, disent-ils, sont habituellement épargnés, du moins dans les premiers temps de la maladie ; on a signalé cependant de la rétention ou de l'incontinence des urines, la lenteur de la miction, apparaissant d'une façon passagère ; l'incontinence des matières fécales est rare. A une période plus ou moins avancée, l'incontinence des urines et des matières fécales devient parfois définitive. En somme les troubles sphinctériens sont inconstants et variables. Il en est de même des organes génitaux ; l'impuissance et la faiblesse, ou l'exaltation sexuelle ont été signalées. »

Enfin, M. Lejonne, dans son travail sur la forme amyotrophique de la sclérose disséminée, a signalé la grande fréquence des troubles que nous visons au cours de cette forme particulière de la maladie, se rapprochant de l'opinion de M. Marie pour qui les troubles sphinctériens se montrent surtout lorsque la substance grise est atteinte.

C'est en 1887 et 1888, que Oppenheim pour la première fois montra que l'on pouvait rencontrer au cours de la sclérose en plaques des troubles sphinctériens nettement accusés. Dans sa thèse, son élève Kahleyss a développé ce point et cherché à montrer qu'en somme les troubles sphinctériens faisaient presque partie du tableau clinique habituel de l'affection, et que, point plus intéressant et plus important en pratique, ces troubles pouvaient apparaître à une période précoce.

D'autres auteurs allemands tels que Probst, Bruns, Stœlting continuèrent cependant à énoncer l'opinion opposée. Au contraire Hoffmann, Frankl-Hochwart et Zücherkandl, Édouard Müller, Berger partagèrent l'avis d'Oppenheim. Plus récemment d'ailleurs, Oppenheim d'abord, Frankl-Hochwart, Kurtmendel, Curschmann ont observé des malades chez lesquels les troubles sphinctériens et génitaux étaient tellement prédominants, les autres symptômes restant au second plan, qu'ils crurent pouvoir parler à juste titre d'une forme sacrée de la sclérose en plaques. Dans les pays de langue anglaise citons Sanger Brown, Mac Intosh qui ont également insisté sur la fréquence de ces troubles.

PARTIE CLINIQUE

Nos recherches ont porté sur 93 cas de sclérose en plaques du service de M. le professeur Raymond à la Salpêtrière. Parmi ces malades nous avons eu l'occasion d'en examiner nous-même un certain nombre ; pour la plupart nous nous sommes adressés aux observations conservées dans les archives du service. Parmi ces dernières, nous avons dû écarter dix histoires de malades dans lesquelles nous n'avons trouvé aucune mention relative aux troubles qui nous occupent. Sur les 83 malades restant, 28 ne présentaient aucune altération dans le fonctionnement de leurs réservoirs, ni du côté du sens génésique. Ces fonctions se trouvaient donc atteintes chez 55 malades, c'est-à-dire dans 67 °/₀ des cas.

Chez tous ces malades à l'exception d'un seul qui ne présentait que des troubles génitaux, la vessie et le rectum ou l'un des deux seulement étaient atteints. Prenant toutes les observations en bloc, on trouve pour la vessie l'incontinence 32 fois, la rétention 21 fois. Pour

le rectum nous rencontrons l'incontinence 13 fois, la rétention des matières dans 7 cas.

L'incontinence urinaire se présente soit sous la forme de besoins impérieux d'uriner, soit sous l'aspect de l'écoulement goutte à goutte de l'urine.

Les indications concernant la sensation de passage de l'urine sont rares; il semble donc qu'elle ait été le plus souvent conservée.

Les chiffres que nous donnons sur la fréquence relative de la rétention et de l'incontinence de l'urine n'ont d'ailleurs qu'une valeur toute relative, les observations se contentant le plus souvent de signaler le fait brut et ne distinguant pas entre l'incontinence vraie par atonie vésicale et la fausse incontinence par regorgement. Il ne faudrait pas en déduire cependant que la vraie incontinence ne se rencontre pas, puisque chez notre malade Gimp... (obs. I) nous avons pu la mettre en évidence.

Si nous comparons notre statistique à celles des auteurs qui se sont occupés de la question, nous voyons que Kahleyss, dont le travail ne repose d'ailleurs que sur l'examen de 35 cas signale des troubles sphinctériens dans 31 cas, c'est-à-dire dans 86,6 °/₀.

A l'opposé nous voyons Berger arriver au chiffre de 51,9 °/₀ tandis que Hoffmann a rencontré ces troubles dans 60 °/₀ des cas qu'il a observés. Nous croyons en réalité que le chiffre indiqué par Kahleyss est exagéré, l'explication du pourcentage élevé résidant dans le petit nombre des cas. En effet les statistiques de Hoffmann, et les nôtres basées sur une centaine de cas aboutissent à des chiffres plus faibles et la statistique de

Berger qui comprend plus de 200 malades arrive à un chiffre encore un peu inférieur. Cependant Ed. Muller qui a examiné un grand nombre de malades, et qui ne donne pas de chiffres précis dit avoir observé des troubles sphinctériens dans les trois quarts des cas. Ajoutons encore ici que, comme l'auteur l'a d'ailleurs indiqué, tous ou presque tous les malades de la thèse de Lejonne atteints de sclérose en plaques amyotrophique, présentaient des troubles des réservoirs.

Quant à la proportion dans laquelle ces différents auteurs signalent l'incontinence et la rétention disons que, pour Kahleyss, l'une et l'autre seraient également fréquentes, tandis qu'au contraire, pour Ed. Muller, la véritable incontinence n'existerait pour ainsi dire pas. Contrairement aussi à ce que nous avons vu pour le sphincter anal, (prédominance de l'incontinence sur la rétention), Kahleyss signale cinq fois la constipation contre une seule fois l'incontinence des matières.

Mais la simple constatation de la fréquence des troubles vésicaux et rectaux au cours de la sclérose disséminée n'a qu'un intérêt relatif. En effet, il est connu depuis longtemps que les malades atteints de cette affection, parvenus aux stades avancé ou ultime de leur maladie, frappés le plus souvent de cachexie, peuvent présenter des troubles sphinctériens. Ce que les auteurs classiques en général ne mettent pas en relief, c'est que ces symptômes peuvent s'observer à une époque beaucoup plus proche du début, soit au moment où déjà d'autres symptômes habituels de l'affection sont déjà franchement accusés, soit même dès le début alors que

les signes classiques sont peu prononcés. Il se peut même que ce soit les troubles sphinctériens qui dominent le tableau morbide et que ce soit eux qui, incommodant particulièrement le malade, le poussent à venir consulter.

Dans nos observations, 28 malades, c'est-à-dire plus de la moitié ont vu ces troubles dans les trois premières années, et sur ceux-ci, 14, c'est-à-dire 17 °/₀ de tous les cas en ont été atteints dès la première année. Là encore l'incontinence urinaire l'emporte de loin comme fréquence sur la rétention. Dans un seul cas, le sphincter rectal était seul touché.

Pour Édouard Muller, les troubles sphinctériens constituent un symptôme précoce dans 20 °/₀ des cas, et chez deux de ses malades formaient le symptôme dominant.

De même Sanger Brown a vu la maladie débuter une fois par une constipation soudaine avec rétention d'urine, et Mac Intosh a également insisté sur la présence dès le début de l'affection des troubles urinaires qui ont été le premier symptôme dans 5 des cas qu'il a observés.

Dans la sclérose en plaques d'une façon générale, mais plus particulièrement à cette période initiale, les troubles sphinctériens varient comme intensité. Leur apparition peut se faire soit d'une façon brusque soit d'une façon plus ou moins lente. De plus ces troubles ont à cette période la tendance à disparaître tout aussi soudainement au bout d'un temps d'un ou plusieurs mois pour faire plus tard une nouvelle réapparition qui alors inaugure parfois un trouble définitif, ou bien conduit à

de nouveaux épisodes sphinctériens transitoires. A remarquer que chez un même malade l'incontinence peut faire place à la rétention ou réciproquement. L'explication de ces alternatives est assez difficile ; il se peut, — et nous renvoyons pour le détail au chapitre d'anatomie pathologique, — que dans ce cas il s'agisse d'une lésion des voies cérébro-spinales de la miction. D'une façon générale, on voit donc que les troubles sphinctériens se comportent à la manière de certains autres symptômes de la sclérose en plaques, comme par exemple les accès d'hémiplégie transitoire, les paralysies oculaires, les crises de vertige, et même la paralysie dont on connaît les régressions temporaires fréquentes ; exceptionnellement le trouble sphinctérien peut s'installer immédiatement d'une façon définitive, comme cela se voit par ailleurs pour le trouble moteur des membres inférieurs dans bien des cas.

Ed. Müller a cru pouvoir assigner aux symptômes qui nous occupent une évolution particulière ou du moins il a cru reconnaître qu'ils se présentent sous des aspects divers suivant la période à laquelle on les observe. Dans les premiers temps on aurait surtout une diminution de fréquence des besoins et un retard de l'émission pouvant aller jusqu'à une demi-heure ou une heure. L'évacuation se ferait en un jet puissant que le malade est incapable d'interrompre. D'autres fois la sensation de plénitude de la vessie surviendrait brusquement et l'évacuation serait soudaine après une série de sensations de besoin. Dans les stades avancés il n'y aurait presque jamais incontinence vraie mais des éva-

cuations involontaires survenant à des intervalles plus ou moins réguliers en jet avec conservation de la sensation de passage. Cet auteur est donc d'accord avec Frankl-Hochwart et Zuckerkandl pour voir dans les troubles vésicaux précoces l'expression d'un trouble tonique analogue à celui qui produit la paraplégie par exemple ; pour les stades terminaux il parle avec R. Müller d'autonomie des centres vésico-sympathiques (voir anatomie pathologique). Sans qu'il soit inutile d'insister davantage on voit d'après l'exposé des faits ci-dessus que nous ne sommes pas arrivés à des conclusions analogues.

Troubles génitaux.

Les troubles génitaux sont beaucoup moins fréquents que les troubles des sphincters. Nous ne les avons rencontrés en tout que huit fois. Nous devons faire cependant remarquer que c'est là un chiffre relativement élevé puisque nous nous sommes abstenus de compter les troubles de la menstruation chez les femmes qui forment la majeure partie de nos observations.

Les troubles génésiques sont survenus cinq fois dans les trois premières années de la maladie, et trois fois à une période ultérieure. Chez un seul des malades, presque dès le début, existait une impotence sexuelle, et deux ans après on ne notait pas encore de troubles sphinctériens.

Dans tous ces cas, il s'agit d'une impuissance sexuelle

s'établissant le plus souvent lentement, sans qu'il soit possible de savoir, le plus souvent, si l'abolition de la fonction génitale a été précédée, comme le prétend Ed. Müller, d'un stade pendant lequel les érections sont plus rares et incomplètes ou pendant lequel avec une érection conservée, l'éjaculation est impossible. Chez les malades que nous avons pu interroger nous-mêmes, nous n'avons pu constater comme d'autres auteurs la conservation de l'acte sexuel malgré l'absence du désir. Chez le malade de l'observation LV, il s'agit d'une forme banale de sclérose en plaques avec trouble de la marche, tremblement, nystagmus, etc., auxquels est associée l'agénésie. Il n'en est pas de même du malade Gimp... dont nous allons faire suivre l'observation, chez lequel les troubles génésiques et sphinctériens prédominaient en début et suivaient une évolution parallèle par intermittences.

Observation I (résumée).

M. G... 44 ans, placier, vint consulter à la Salpêtrière, le 30 octobre 1908, pour des troubles sphinctériens et de la difficulté pour marcher.

Les antécédents héréditaires et collatéraux sont sans intérêt. Personnellement il a eu du délire comme enfant, un érysipèle au régiment, une blennorrhagie avant le service militaire. Il aurait beaucoup souffert de céphalées comme jeune homme. Il avoue des excès éthyliques, mais nie la syphilis. Il est marié depuis six ans; il a deux enfants bien portants, entre lesquels

sa femme a fait une fausse couche à la suite d'une chute.

Il y a cinq ans, il fut pris de céphalées, ou plutôt de névralgies au front et à l'oreille, qui cédaient facilement à l'ingestion de quelque aliment ou à l'exercice violent. Il y a quatre ans, à la suite d'ennuis dans ses affaires, il commença à avoir du rire spasmodique. Un an après, sa jambe droite faiblit et, en même temps, il commença à avoir de la difficulté pour retenir ses urines. Depuis huit jours, à la suite d'une chute dans l'escalier, pendant laquelle il s'est heurté la tête au mur, il va plus mal.

Examen du 4 novembre 1908. — Démarche ataxo-spasmodique de la jambe droite ; l'occlusion des yeux le fait dévier dans la marche et tomber brusquement lorsqu'il reste debout. Force musculaire normale ; ataxie nette aux jambes et au bras gauche. Tremblement intentionnel léger. Pas d'anesthésie superficielle, mais épuisement rapide de la sensation vibratoire au diapason. Pas de troubles de la diadococinésie dans le mouvement des marionnettes, mais hésitation dans l'opposition successive du pouce aux autres doigts ; il ne fléchit pas les genoux, quand on le fait se pencher en arrière ; il décompose le mouvement de mettre le genou sur une chaise. Les réflexes tendineux sont exagérés partout, sauf au coude gauche, où le réflexe olécranien est faible. Il y a du clonus et un signe de Babinski net à droite, douteux à gauche. Les réflexes abdominaux et crémastériens sont abolis. Parole un peu explosive, tremblement de la langue ; léger nystagmus, fond d'œil et pupilles normaux. Rire spasmodique. Instabilité mentale.

Troubles sphinctériens : incontinence d'urine accentuée, diurne et nocturne : il lui arrive souvent de mouiller son pantalon, impuissance génésique absolue ; pas de désir sexuel.

Ponction lombaire : 2-3 lymphocytes par champ (immersion 1/12e)

Le malade revient nous voir tous les mois. L'incontinence d'urine rétrocéda, mais les besoins restèrent impérieux. La puissance génésique revint également, mais au bout de six mois les troubles vésicaux et génitaux reparurent. Il s'agit d'incontinence vraie, sans rétention ; l'urine s'écoule goutte à goutte, jamais en jet. Il n'a perdu ses matières que par exception. Actuellement, le malade est à la clinique, avec le tableau classique de la sclérose en plaques.

Ce qu'il y a surtout à retenir dans cette observation c'est qu'en somme, à un premier examen, la maladie était surtout caractérisée par des symptômes faisant supposer des lésions siégeant à des pôles très distants du système nerveux. Car les deux symptômes, à côté d'une légère difficulté de la marche, sur lesquels le malade insistait avant tout, étaient, d'un côté, du rire spasmodique, signe d'une atteinte des noyaux gris de la base, et, de l'autre côté, l'incontinence des urines relevant sans doute d'une lésion de la partie la plus inférieure de la moelle. Bien plus, ce n'est que lors de la deuxième consultation, que M. G... nous dit rire de cette façon particulière depuis quelque temps, et on avait quelque tendance à orienter le diagnostic plutôt du côté de la syphilis médullaire dont on connaît certaines formes qui à travers des années ne se manifestent que par une paraparésie et de l'incontinence sphinctérienne. Ce n'est qu'en prenant l'observation en détail que l'on peut relever d'autres symptômes plus ou moins effacés

de la sclérose en plaques et affirmer ce diagnostic que lors du premier examen policlinique on avait hésité à poser à cause même de ce tableau ne répondant pas à ce qu'on voit dans la majorité des cas ; et cela dans un service où le nombre annuel des scléroses en plaques est très grand. Au premier abord, ce cas répondait jusqu'à un certain point à une forme de sclérose disséminée sur laquelle certains auteurs allemands ont insisté dans ces dernières années ; nous voulons parler de ce que ces auteurs ont appelé la forme sacrée. Voici les observations de ces auteurs :

Observation d'Oppenheim. — Un homme est pris brusquement à 34 ans de rétention d'urine et de faiblesse des jambes. Cette dernière s'améliora vite, mais les troubles urinaires, en particulier de l'incontinence, persistèrent quelque temps. A 46 ans, il eut de nouveau deux attaques de paralysie vésicale, cette dernière s'étant accompagnée de douleurs dans les membres inférieurs et d'incontinence des matières. Il y a deux ans que le malade était impuissant. L'examen fit constater que la motilité et la sensibilité des jambes étaient à peu près normales, mais il existait une absence de la fermeture réflexe du sphincter anal, du réflexe anal, et une hypoesthésie circumanale. Le réflexe achilléen gauche était aboli ; les réflexes patellaires vifs ; plantaire, en extension des deux côtés. On observait le phénomène de Strümpell à droite ; les réflexes abdominaux étaient perdus. Aucun phénomène cérébral, sauf quelques vertiges.

Première observation de Kurt Mandel. — Femme de 37 ans, ayant souffert il y a sept ans de douleurs dans la partie

inférieure de la colonne vertébrale. Depuis deux ans incontinence partielle des matières et de l'urine; fatigabilité rapide des jambes. Objectivement, en dehors des troubles sphinctériens, on ne constata qu'un léger nystagmus après rotation, une exagération des réflexes patellaires et du réflexe achilléen, du clonus à gauche, du signe de Babinski bilatéral, une abolition des réflexes anal et abdominaux. Deux ans plus tard il existait un tableau complet de sclérose en plaques.

Deuxième observation de Kurt Mandel. — Femme présentant depuis quelques mois de la pollakiurie avec incontinence ou rétention de l'urine. Elle se plaignait de plus de constipation, de douleur dans les jambes, de douleurs en ceinture. Le désir sexuel avait disparu depuis deux ans. Objectivement on observa une légère décoloration du côté temporal des papilles, pas de nystagmus ni de tremblement intentionnel. La démarche était un peu raide, sans parésie. Réflexes patellaires exagérés, achilléens normaux, une ébauche de clonus; phénomène de l'orteil bilatéral; abolition des réflexes anal et abdominaux; enfin hypoalgésie de la jambe droite et hypothermoesthésie aux deux jambes. Trois ans après, signes typiques de sclérose en plaques.

Observation de Curschmann. — Un homme de 40 ans, qui n'avait pas eu la syphilis, éprouvait depuis un an une raideur de la jambe gauche, puis de la droite et une difficulté de la marche qui était devenue presque impossible. Il avait de la difficulté pour retenir son urine avec plus grande fréquence du besoin. De même incontinence des matières. Le désir sexuel n'a pas diminué. Érection incomplète, mais introduction possible. Le coït dure longtemps et souvent ne peut être terminé d'une façon physiologique. Quand elle se produit, l'éjaculation est lente. Pas d'orgasme. A l'examen on trouve une anesthésie en

forme de selle incomplète, de l'exagération des réflexes massétérins, olécraniens, rotuliens, un signe de Babinski à gauche, les réflexes achilléens très faibles, plus à droite qu'à gauche, les abdominaux faibles, les crémastériens conservés. Le réflexe anal est très faible. Pas de résistance à l'introduction du doigt dans l'anus, ni à celle de la sonde dans la vessie. Léger nystagmus. Deux mois après, légère amélioration ; on trouve de la décoloration de la région temporale des papilles un an et demi après avec démarche ataxo-spasmodique et légère aggravation des troubles sphinctériens et génésiques.

Observation de Frankl-Hochwart. — Un jeune homme avait souffert entre 10 et 14 ans d'incontinence nocturne d'urine. A 16 ans il fut atteint brusquement de rétention avec fausse incontinence qui disparut ensuite. L'évacuation spontanée était impossible ; le malade ne sentait pas le besoin ni le passage de l'urine. La vessie était par moment expressible. Il existait un très léger tremblement des mains et des globes oculaires. Plus tard se montrèrent du nystagmus, une exagération avec inégalité des réflexes patellaires, une ataxie légère des membres gauches avec légère parésie et hyperesthésie de ce côté.

On voit donc qu'on a décrit sous le nom de forme sacrée de la sclérose en plaques des cas assez différents. Ce qui fait leur principale caractéristique c'est l'existence de troubles sphinctériens et génésiques et l'effacement ou l'apparition plus tardive des autres symptômes de l'affection. Il est à noter que dans le cas de Curschmann seulement, il existe une anesthésie caractéristique d'une lésion du cône médullaire. L'observation de notre malade Gimp... peut donc à juste titre rentrer dans cette

forme puisque, abstraction faite du rire spasmodique, les signes cardinaux de la sclérose disséminée n'ont apparu qu'après les troubles sphinctériens. Bien que, comme nous le verrons plus loin, cette symptomatologie ne soit pas un sûre garant de la localisation sacrée des plaques de sclérose, le nom de forme sacrée peut cependant être conservé pour traduire les faits cliniques. Ces cas offrent par là même une certaine difficulté de diagnostic, non pas tant avec les affections cancéreuses, tuberculeuses, etc., de la queue de cheval, puisque l'anesthésie en garniture est rare et incomplète dans la sclérose en plaques, de même que les douleurs sur le trajet du sciatique, mais surtout avec la syphilis. On s'appuiera surtout, en dehors de la recherche du tremblement intentionnel et du nystagmus léger possibles, sur les symptômes de la sclérose multiple décrits plus récemment et souvent précoces, la décoloration du champ temporal de la papille, l'abolition du réflexe abdominal (Strumpell) dont la valeur vient d'être à nouveau confirmée par Marburg, l'inégalité des réflexes des deux côtés, la fatigabilité musculaire, les troubles de la sensibilité vibratoire (Claude et Egger).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Il était intéressant, en présence de ces constatations cliniques de rechercher si les lésions trouvées à l'autopsie de certains de ces malades pouvaient expliquer l'existence et la durée des troubles sphinctériens et génitaux dans la sclérose en plaques.

Pour ce il était d'abord nécessaire de se remémorer l'état actuel de nos connaissances sur les lésions que l'on peut rendre responsables des différentes variétés de troubles dans le fonctionnement des réservoirs.

On sait que depuis Marshall-Hall on admet la présence dans la moelle sacrée d'un centre destiné à régler le fonctionnement de la vessie. D'après un certain nombre d'auteurs, la destruction de ce centre s'accompagnerait d'une incontinence par paralysie du sphincter vésical strié. Cependant déjà des expériences de Goltz et Ewald montrèrent que, malgré l'ablation de toute la moelle, l'incontinence n'était pas définitive, et que bientôt la vessie redevenait continente. Il fallait donc qu'à côté du centre vésico-spinal il en existât un autre que,

avec Nussbaum, Stewart, Frankl Hochwardt et Frœhlich, on peut localiser dans le ganglion mésentérique inférieur. De plus, dans l'interprétation des troubles fonctionnels de la vessie, il faut encore tenir compte d'un certain automatisme qui lui est inhérent. Pour R. Müller, il n'y aurait d'ailleurs pas de centre spinal, mais uniquement des voies conduisant à l'intérieur de la moelle les impulsions parties de l'écorce (centres cérébraux) vers le centre sympathique de la miction. Nous ne savons d'ailleurs rien de précis sur le trajet de ces voies que certains auteurs placent dans le faisceau pyramidal croisé.

La première conception du fonctionnement régulier de la vessie qui reposait sur le jeu antagoniste et alternatif des sphincters vésicaux et du muscle vésical à proprement parler ne peut être maintenue. Pour l'émission de l'urine il faut non seulement une contraction de muscle vésical, mais encore un relâchement concomitant des sphincters, relâchement qui se fait également sous l'influence du système nerveux. La miction se produit d'ailleurs sous l'influence d'excitations centripètes parties de la muqueuse vésicale. Il peut donc y avoir rétention pour trois raisons : premièrement par anesthésie vésicale, ensuite par paralysie du muscle vésical, et enfin par absence de relâchement ou contracture des sphincters. Au contraire l'incontinence résulte de la paralysie des sphincters. Cela n'est exact que pour la vraie incontinence et non pas pour l'incontinence par regorgement qui est caractérisée comme la vraie par un écoulement goutte à goutte de l'urine, ni

pour l'incontinence assez spéciale également hypertonique dans laquelle l'écoulement involontaire de l'urine se fait par petits jets.

Au moment de la première théorie sur les troubles de la miction on expliquait l'incontinence par une lésion du centre vésico-spinal, et la rétention par une atteinte des voies cérébro-spinales de la vessie, tout comme on mettait sur le compte d'une lésion de la corne antérieure ou de son prolongement centrifuge la paralysie flasque d'un membre, sur celui d'une lésion pyramidale, sa contracture. En somme on attribuait la rétention à la contracture des sphincters causée par l'interruption des fibres par l'intermédiaire desquelles le cerveau exerçait une influence inhibitrice sur le centre vésico-spinal.

D'après ce que nous avons vu précédemment, on voit que les choses ne sont pas aussi simples. On sait par exemple qu'une compression de la moelle dorsale s'accompagne tantôt de rétention, tantôt d'incontinence ; de même dans certaines lésions de la queue de cheval.

Quoi qu'il en soit, il existe un certain nombre de lésions de la moelle sacrée qui ont permis la localisation dans les III^{e} et IV^{e} segments sacrés de centres, vésical et rectal, et d'un autre côté on a pu démontrer que la lésion des racines correspondantes produit des troubles sphinctériens. Ainsi dans un cas de Kirckhoff une lésion traumatique du III^{e} segment sacré avait produit une incontinence double de l'urine et des matières.

Dans une observation d'Oppenheim une myélite traumatique avec hématomyélie limitée à la moelle sacrée avait produit les mêmes symptômes avec perte des érec-

tions et anesthésie du périnée. Une myélite chronique surtout marquée au niveau des III° et IV° segments sacrés avait produit des signes analogues chez un malade de Sarbo. Les cas de Schlesinger, de Herter, de Zimmer se comportèrent d'une façon analogue. Raymond et Cestan ont observé chez un malade à la suite d'un traumatisme une atrophie des fessiers, une anesthésie en selle, de l'impuissance génitale, et une paralysie des sphincters, avec, à l'autopsie, des lésions des IV° et V° segments sacrés. Enfin Frankl-Hochwardt, chez un enfant de quinze ans atteint de rétention d'urine et chez un jeune malade de V. Blum atteint de clonus du pied et de rétention chronique d'urine trouva une forte prédominance des lésions sur le groupe cellulaire dorso-latéral de la moelle sacrée III° et IV° segments.

On voit donc que la lésion du centre vésico-spinal dont l'existence n'est pas douteuse ne produit pas toujours de la paralysie sphinctérienne mais qu'elle peut, ainsi que Frankl Hochwart et Zuckerkandl l'ont déjà montré en 1898, se manifester tout d'abord par une rétention. C'est d'ailleurs sur ce fait que R. Muller s'était appuyé pour nier l'existence de ce centre. En tous cas ce qui résulte de tous ces faits est qu'en présence d'un trouble, incontinence ou rétention, il n'est pas facile de déterminer le siège de la lésion qui en est responsable ; ce ne sont que les symptômes accessoires comme la paralysie atrophique des muscles innervés par les I^er^ et II° sacrées (fessiers, triceps sural, etc.), ou mieux encore l'existence d'une anesthésie en forme de garniture qui peuvent faire supposer avec quelque certi-

tude que c'est la moelle sacrée qu'il faut incriminer.

Il serait donc intéressant d'examiner cette région dans les cas de sclérose en plaques à forme sacrée. Malheureusement jusqu'à présent aucune autopsie de cette forme n'a été encore pratiquée. Pour notre part nous n'avons pu examiner les coupes de cette région que chez 9 malades atteints de sclérose en plaques et morts dans le service de M. le professeur Raymond et dont la nécropsie a été faite dans le service. Sur ces 9 malades, 4 n'avaient jamais présenté de troubles sphinctériens et leur moelle sacrée était indemne de plaques. Quant aux cinq malades restant, chez une première malade (Mme V..., obs. XXXVI) qui dans les trois dernières années de sa vie avait parfois perdu ses matières et avait eu des besoins impérieux d'uriner, et chez une autre qui avait présenté dès le début de la rétention d'urine (Mme M..., obs. XIII) plus tard transformée en incontinence, nous n'avons pas trouvé de lésions dans la moelle sacrée.

De même les coupes au niveau du quatrième segment sacré chez un malade qui dès le début de l'affection avait présenté de l'incontinence double n'ont révélé aucune modification de texture (M. C..., obs. XII). Ce n'est donc que chez deux malades atteintes toutes deux d'incontinence de l'urine et des matières tardive qu'il fut possible de constater des altérations spéciales. (Chez l'une (Mme B..., observ. L) il y avait une plaque de sclérose qui siégeait dans la corne postérieure d'un seul côté et entamait la corne antérieure voisine ; chez l'autre (Mme D..., observat. XXIX) une grosse plaque éga-

lement unilatérale occupait toute la corne postérieure et une grande partie de la corne antérieure, respectant le groupe latéral qui contient un nombre de cellules égal à celui de côté opposé mais moins bien coloré par le carmin ; toutes les fibres de la corne avaient disparu.

On voit donc qu'il n'y a pas de relation constante entre les troubles sphinctériens et les plaques de sclérose de la région sacrée. A ne prendre que les deux cas positifs, si l'on veut attribuer les troubles aux lésions constatées, il est assez curieux de voir que la lésion n'est qu'unilatérale. L'absence d'autres signes sacrés n'a pas de quoi étonner, puisque les lésions localisées à la substance grise des III[e] et IV[e] segments sacrés ne peuvent produire de paralysie ni de troubles sensitifs très accusés.

Quant aux cas négatifs, il faut penser que chez eux les troubles sphinctériens résultaient d'une lésion plus haut située.

Ces constatations ne nous semblent pas permettre d'affirmer l'existence au point de vue anatomique d'une forme sacrée de sclérose en plaques, ce terme devant être simplement limité à exprimer le tableau alinique. Une exception pourrait cependant être faite pour le malade de Curschmann à cause de la forme de l'anesthésie et pour celui de Frankl-Hochwart qui d'après la déclaration de l'auteur présentait une symptomatologie tout à fait analogue à celle que lui et Blum avaient observée dans deux cas de poliomyélite sacrée.

Observation II

Sclérose en plaques. Troubles de la miction et de la défécation. Perte du sens génital.

Mme B..., 29 ans, entrée le 18 décembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 23 ans de fièvre typhoïde. Père 59 ans, bien portant. Ni frères ni sœurs. Un cousin a eu de la paraplégie avec troubles des sphincters à 10 ans, mort à 21 ans.

Antécédents personnels. — A 17 ans strabisme et diplopie pendant deux ou trois mois, guérison sans suites. Mariée à 23 ans, mari et deux enfants bien portants.

Début de la maladie actuelle. Avant la première grossesse, il y a cinq ans, grande fatigue dans les jambes reparaissant chaque année avec plus d'intensité. Il y a deux ans maladresse de la main droite. *Besoin impérieux d'aller à la selle, la malade ne sentait pas passer ses matières*, pendant quelques jours seulement. *Perte intermittente du sens génital.*

Il y a sept mois, quatre mois après son deuxième accouchement, grande fatigue du bras gauche et de la jambe droite, troubles de la marche, puis propagation à la jambe gauche. Marche de plus en plus difficile, trois mois après difficulté de la parole, puis vertiges.

Il y a deux mois de nouveaux *troubles des sphincters : incontinence des matières et des urines : la malade ne les sentait pas passer.* Ces troubles ont duré quelques jours.

État actuel. — Asymétrie faciale. Tremblement intentionnel

des deux membres supérieurs, à grande oscillation, surtout marqué à droite.

Station debout possible, mais avec quelques oscillations du tronc. Marche irrégulière, le pied droit surtout frotte par la pointe. Signe de Romberg.

Nystagmus net. Vertiges passagers.

Hypoesthésie à droite. Réflexes exagérés. Clonus bilatéral. Signe de Babinski très net.

Besoins impérieux d'uriner et d'aller à la selle, passagèrement.

Observation III

Sclérose en plaques, troubles des sphincters.

Mme Marie M..., couturière, 39 ans, entrée le 8 octobre 1903.

Rien à noter dans les antécédents familiaux.

La malade se porta bien jusqu'en juin 1902 où elle éprouva des vertiges puis de la faiblesse dans les jambes. Cet état empira peu à peu et actuellement nous observons les faits suivants: Paralysie spasmodique, démarche lente accompagnée de titubation.

Pas de tremblement ; vertige.

Tous les réflexes tendineux sont exagérés ; signe de Babinski ; répidation spinale.

Diplopie intermittente : parésie du droit externe gauche.

Parole lente et candée.

Quelques troubles des sphincters.

Observation IV

Sclérose en plaques. Incontinence nocturne d'urine.

René B..., 18 ans, domestique. Entré le 21 mars 1904.

Sans antécédents héréditaires ni personnels notables.

Il y a dix-neuf mois, début de la maladie actuelle : Il commença à trembler au point de ne plus pouvoir écrire, et eut des troubles de la marche, puis sa parole devint traînante. Son caractère devenait bizarre.

État actuel. — Sclérose en plaques typiques : tremblement ntentionnel très marqué ; parole lente légèrement explosive ; nystagmus ; démarche titubante.

Il présente de l'exagération des réflexes rotuliens. Pas de signe de Babinski. Atrophie des papilles optiques.

Depuis le début de sa maladie incontinence nocturne d'urine

Observation V

Sclérose en plaques. Incontinence complète d'urine, passagère des matières.

M. L..., 50 ans, ciseleur, examiné le 4 mai 1905.

Du côté des parents rien à noter ; lui-même a toujours eu une bonne santé. Ni alcoolisme, ni syphilis. Cependant sa femme après un accouchement à terme a fait quatre fausses couches.

Il y a dix-huit mois, le malade trouvait que ses jambes étaient comme engainées dans un caleçon étroit et mouillé, puis il éprouva la même sensation pour les reins, le dos, le cou.

Depuis huit ou neuf mois, gêne dans la marche, les pieds traînaient, les jambes étaient raides.

Depuis la même époque incontinence complète et permanente des urines. M. L... porte un appareil pour les recueillir. Également à plusieurs reprises, *incontinence des matières*, disparue maintenant.

Examen actuel. — Amyotrophie des jambes, hypertrophie des muscles des cuisses.

Marche spasmodique, titubation.

Toutes les sensibilités sont conservées.

Réflexes tendineux très exagérés. Clonus. Signe de Babinski.

Incontinence permanente d'urine.

Observation VI

Sclérose en plaques. Incontinence d'urine et des matières. Abolition du sens génital.

M. P...[1], 35 ans, entré en 1906, le 15 mars.

Antécédents personnels. — Rien à noter.

M. P... a joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 14 ans. A cette époque il ressentait des faiblesses, il avait mal au cœur, ses yeux se brouillaient, mais il ne perdait pas connaissance. Ces phénomènes durèrent trois ans et disparurent à 17 ans.

A l'âge de 30 ans, en 1902, le malade urina plusieurs fois dans son lit. D'autres fois, il s'éveillait à temps, se levait, mais il ne pouvait se retenir et urinait sur le tapis.

Un peu plus tard il eut de l'incontinence fécale à plusieurs reprises. Au bout de deux ans cette incontinence fit place à une

constipation opiniâtre. De même il devait faire de grands efforts pour uriner, tout en conservant de l'incontinence nocturne.

En même temps la marche devenait difficile et le malade conservait péniblement son équilibre. La parole devenait scandée, lente.

État actuel. — Force musculaire conservée, mais tremblement intentionnel aux quatre membres. Légère incoordination motrice.

Sensibilité normale.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont légèrement exagérés. Pas de clonus du pied.

Signe de Babinski des deux côtés.

Les réflexes du membre supérieur sont normaux.

La langue est animée d'un léger tremblement. La parole est lente, empâtée, monotone, scandée.

Les deux papilles sont partiellement atrophiées. Légère inégalité pupillaire. Quelques secousses de nystagmus dans les positions extrêmes.

Besoins impérieux d'uriner. Les urines échappent quelquefois malgré le malade. De temps à autre incontinence nocturne.

Les érections et les éjaculations sont complètement abolies depuis trois ans.

Observation VII

Sclérose en plaques à forme amyotrophique. Troubles sphinctériens (Th. Lejonne).

M. F..., 35 ans, entré en décembre 1901.

Père atteint d'hémiplégie droite.

M. F... eut dans l'enfance une fièvre typhoïde grave et trois

attaques de rhumatisme, la dernière en janvier 1901. C'est en mai de la même année qu'ont commencé les signes de la maladie actuelle : faiblesse dans les jambes, puis raideur; les membres supérieurs se prennent à leur tour. La vue baisse. Au mois de novembre, *le malade a de la peine a retenir ses urines lorsqu'il est couché.*

Examen. — Démarche spasmodique, mais non cérébelleuse. Force passablement conservée.

Réflexes tendineux très exagérés. Clonus double. Signe de Babinski bilatéral.

Tremblement intentionnel. Nystagmus dans les deux directions.

En 1902 il commença à avoir de l'atrophie musculaire succédant à une attaque d'hémiplégie passagère. L'incontinence d'urine devient également diurne.

Observation VIII

Sclérose en plaques. Difficulté d'uriner et constipation.

M. D..., 30 ans, cultivateur.

Sa mère est assez nerveuse. Lui-même est d'un tempérament très nerveux. Sa maladie a commencé il y a un an par de la faiblesse des jambes et des reins. A dû interrompre son travail il y a six mois. Il se plaint d'avoir les jambes raides et de chavirer lorsqu'il marche.

État actuel. — La démarche est à la fois cérébelleuse et spasmodique, plus cérébelleuse que spasmodique. La force musculaire est peu diminuée.

Tous les réflexes sont exagérés aux quatre membres, on trouve

du clonus du pied et le signe de Babinski. Léger tremblement intentionnel. Tremblement de la langue. Nystagmus. Parole monotone et scandée. Pas de vertige.

Depuis quatre ou cinq mois, *difficulté d'uriner et constipation opiniâtre.*

Observation IX

Sclérose en plaques. Besoins impérieux d'uriner.

M. Henri S..., 27 ans, ajusteur mécanicien, entré le 18 janvier 1909.

Son père serait mort du mal de Pott. Lui-même s'est bien porté jusqu'au début de la maladie actuelle, sauf des traumatismes professionnels (a perdu l'œil droit).

Depuis trois ans environ M. S... a souffert de céphalées fréquentes très douloureuses qui se calmèrent un peu il y a trois mois, quand apparurent des troubles moteurs.

Examen. — Démarche titubante, les jambes écartées. La force musculaire est conservée. Pas de tremblement ni d'incoordination. Légère contracture des membres inférieurs.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. Clonus. Signe de Babinski.

Quelques secousses de nystagmus.

Le malade ressent en outre des *besoins impérieux d'uriner.*

Observation X

Sclérose en plaques. Incontinence d'urine.

Mme R..., 31 ans, couturière, entrée le 18 janvier 1906.

De tempérament nerveux et irritable, la malade n'a pas d'antécédents pathologiques.

En 1903, elle ressentit de la lourdeur dans la jambe gauche et éprouva de la difficulté à marcher. Un an après l'autre jambe fut prise à son tour.

Puis elle a eu de la gêne dans les doigts, n'a plus pu coudre, couper sa viande, se coiffer. De temps en temps accès de contracture. La tête est penchée sur le côté. Souvent, vertiges, pleurs et rires spasmodiques.

Examen. — Parésie des membres inférieurs. Marche très difficile; cérébelleuse avec titubation. La malade tient difficilement debout.

Aux membres supérieurs, incoordination très marquée, pas de tremblement.

La parole est lente, explosive.

Les réflexes tendineux sont très exagérés. Clonus, signe de Babinski.

Elle a eu de l'incontinence d'urines au début de la maladie et des troubles génitaux.

Secousses de nystagmus. Vertiges fréquents.

La malade sort au mois d'avril 1906 et rentre le 23 août 1909.

La démarche est presque abolie. Actuellement les troubles sphinctériens ont disparu. Cependant constipation.

Force musculaire presque nulle aux membres inférieurs. Réflexes très exagérés.

Aux membres supérieurs, la force est un peu diminuée, et il y a un gros tremblement intentionnel. Les réflexes sont très vifs.

La parole est lente, tremblée, scandée, confuse. Le nystagmus a augmenté.

Observation XI

Sclérose en plaques. Troubles de la miction.

M. Q.. , 39 ans, menuisier, entré le 6 janvier 1908.

Le 2 juin 1907, le malade s'aperçoit que sa jambe gauche est raide et son bras gauche faible.

Ces troubles disparaissent mais l'hiver suivant reviennent accentués.

Examen. — Force musculaire conservée. Démarche légèrement spasmodique.

Réflexes tendineux exagérés Clonus du pied. Pas de signe de Babinski ni d'Oppenheim. Pas d'ataxie ni de tremblement intentionnel. Nystagmus très accentué.

Le malade est parfois obligé de pousser pour uriner. D'autres fois au contraire, il a du mal à retenir l'urine. De même pour les matières.

Parole scandée. Accès de fou rire.

Observation XII

Sclérose en plaques amyotrophique.
Troubles sphinctériens (Th. Lejonne.)

Aimé C..., âgé de 31 ans, entré en octobre 1896, mort au mois d'avril 1899.

La maladie commença en juin 1895 par un peu de raideur dans la jambe droite. Au bout d'un an, la marche devint très difficile, la jambe gauche se prenant à son tour. En même temps

la vue s'affaiblit, puis les bras sont pris. Au moment apparaissent des troubles des sphincters. *Incontinence d'urine, puis des matières fécales.*

Le malade entre à la Salpêtrière.

Force musculaire diminuée à droite. Pas de tremblement.

Réflexes exagérés. Trépidation spinale.

Nystagmus, sans diplopie. Les papilles sont décolorées.

En 1899, la contracture des membres inférieurs avait beaucoup augmenté. Les réflexes ne peuvent être recherchés. Signes de Babinski. Atrophie des jambes et des cuisses.

Les membres supérieurs ont conservé leurs mouvements.

Le malade urine et gâte involontairement.

Parole monotone et scandée. Eschares fessière et talonnière.

Meurt en avril 1899 de septicémie.

Autopsie. — Nombreuses plaques de sclérose disséminées dans tout le système nerveux central.

A certains niveaux, diminution de volume des racines antérieures. Pas de méningite.

Grosse démyélinisation, granulations abondantes.

Les plaques sont aussi nombreuses dans la substance grise que dans la blanche. Les grandes cellules radiculaires sont ratatinées et excessivement pigmentées. Disparition d'un certain nombre d'éléments cellulaires.

Atrophie des faisceaux des racines antérieures, surtout marqués au niveau de la région sacrée et un peu moins au renflement cervical.

Observation XIII

Scléroses en plaques. Troubles de la miction. Constipation.

Mme Mathilde M..., 35 ans, blanchisseuse, entrée le 9 mars 1904, puis le 21 septembre 1905. Morte le 25 octobre 1908.

Antécédents personnels. — A eu quelques convulsions dans son enfance. S'est mariée à 29 ans. A eu une grossesse et un accouchement normaux. Son enfant se porte bien. Jamais de fausses couches.

En 1900, quelques douleurs rhumatismales passagères.

En janvier 1903, raideurs et crampes dans les jambes surtout à gauche. Difficulté à monter et descendre les escaliers et à s'agenouiller. Quand elle veut courir, tombe.

En septembre 1903, la marche devient de plus en plus pénible.

En janvier 1904, *troubles de la miction :* éprouve souvent le besoin d'uriner sans pouvoir le satisfaire. Effort inutile. Sent couler l'urine. Sondage souvent nécessaire. En même temps *constipation opiniâtre.*

Un mois plus tard affaiblissement des bras surtout le gauche. Sa vue baisse.

La station debout est devenue très difficile. Les jambes se dérobent.

Examen. — Exagération des réflexes rotuliens, trépidation spinale, signe de Babinski.

Force musculaire très diminuée. Nystagmus. Acuité visuelle diminuée.

Un peu de tremblement intentionnel. Pleure facilement.

Incontinence d'urine si la malade ne satisfait pas immédiatement son besoin, ne peut se retenir longtemps. De même pour les matières fécales.

En octobre 1908, la malade est de plus en plus faible ; elle meurt le 25 octobre.

Autopsie. — Pas de méningite. Plaques de sclérose dans les hémisphères cérébraux, dans la moelle, d'aspect typique. Dans le cerveau, toutes sont centrées par un vaisseau.

Observation XIV

Sclérose en plaques. Troubles sphinctériens et génitaux.

M. Alphonse D..., âgé de 34 ans, entré le 15 juillet 1907.

Vient consulter pour une faiblesse du côté gauche datant du mois d'avril 1905, accompagnée de faiblesse de la vue et suivie de faiblesse dans les jambes.

Examen. — Démarche titubante, cérébelleuse et spasmodique. La force musculaire est conservée.

Les réflexes tendineux sont généralement exagérés. Signe de Babinski à gauche.

Tremblement intentionnel. Gros nystagmus, acuité visuelle très diminuée avec décoloration des papilles.

Dès le début de l'affection, *rétention d'urine :* retard de dix à quinze minutes dans l'émission. En 1906, *il a perdu cinq fois ses matières* sans s'en apercevoir.

Depuis l'origine de sa maladie les facultés génésiques ont baissé peu à peu *et il n'y a plus d'érections.*

Observation XV

Sclérose en plaques avec troubles de la miction.

Auguste P..., âgé de 44 ans. Entré le 11 août 1896 à la clinique.

Rien à noter dans les antécédents familiaux du malade.

Antécédents personnels.

En 1872, il eut une blennorrhagie. Pas de syphilis.

En 1876, il éprouva des douleurs dans certaines articulations : épaule, genou sans gonflement articulaire.

En 1881, il eut de nouveau de la douleur dans le genou droit avec cette fois un épanchement qui nécessita une ponction.

Puis état de santé normal pendant treize ans.

En 1894, nouvel épanchement dans le genou droit et nouvelle intervention.

Depuis le malade dit ne pouvoir marcher.

État actuel.

Réflexe rotulien exagéré. Esquisse de trépidation.

Réflexes supérieurs exagérés aussi.

Démarche spasmodique. tremblement nettement intentionnel, léger nystagmus, légère inégalité pupillaire.

Troubles de la miction: besoin impérieux d'uriner.

Observation XVI

Sclérose en plaques. Alternatives de rétention et d'incontinence d'urine.

Mme Henriette M..., 24 ans, entrée le 13 novembre 1895.

Tous les membres de sa famille se portent bien.

Elle-même était nerveuse, irascible. A 11 ans voit double pendant quelques jours après une frayeur.

Vers le mois de juillet 1898, elle a éprouvé de la difficulté à marcher, ses jambes sont molles, elle doit s'appuyer aux meubles. Ces troubles s'accroissent progressivement et s'accompagnent bientôt de troubles de la parole et de tremblement. Elle entre alors à la Salpêtrière.

État actuel. — Tremblement intentionnel, marqué surtout dans les mouvements étendus. L'écriture reste possible. Ce tremblement est étendu au tronc et à la tête.

En outre, paraplégie flasque des membres inférieurs : marche et station debout impossibles. Contracture passagère.

Tous les réflexes sont exagérés. Signe de Babinski. Trépidation épileptoïde.

Nystagmus dans les deux directions. Parole scandée sxplosive. Accès de rire fréquents.

On est obligé une fois par semaine environ, de sonder la malade. Puis après les cathétérismes elle présente pendant quelques jours de l'incontinence.

Observation XVII

Sclérose en plaques. Troubles intermittents de la miction. Affaiblissement du sens génital.

Charles S..., 19 ans, mécanicien. Entré le 14 janvier 1896.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux en 1891. Ethylique.

Mère bien portante jusqu'en 1894. Depuis cette date a eu quatre crises avec perte de connaissance.

Antécédents personnels. — En 1892, un accident suivi de crises gastriques.

Début des accidents. — Le 12 septembre 1894, fut pris au réveil d'une violente céphalée, il titubait en marchant et eut des vomissements verdâtres. Il était hébété.

Huit jours après, fourmillements au bras et à la jambe gauches qu'il ne peut bientôt remuer. Quelques jours après, bras et jambe droits sont pris aussi. Resta paralysé un mois. Puis il commença à trembler. Il marche péniblement en traînant les jambes.

État actuel. — Ni paralysie, ni contractures.

Tremblement de la tête et des membres supérieurs intentionnel.

Réflexes exagérés, signe de Romberg.

Pas de trépidation épileptoïde.

Marche incertaine, titubante.

Léger nystagmus. Pupilles également dilatées.

Parole scandée, lente.

Fréquents accès de rire.

A éprouvé il y a quelques mois une certaine difficulté pour uriner qui ne persiste pas.

Le sens génital va disparaissant de plus en plus depuis le début de l'affection.

Observation XVIII

Sclérose en plaques. Troubles passagers de la miction.

Mme L..., 46 ans, ménagère, entrée le 18 mai 1901.

Aucun antécédent héréditaire.

La malade elle-même eut une très bonne santé, bien que légèrement anémique, jusqu'en 1895, année où elle eut une attaque

d'influenza. Peu de temps après sa guérison, au milieu de son travail, elle fut prise d'une faiblessse des jambes qui fléchirent sous elles, on dut la transporter chez elle. Elle put marcher de nouveau après trois ou quatre jours tout en conservant une certaine faiblesse de la jambe gauche accompagnée de légères douleurs passagères et de fourmillements qui se propagent au bras gauche. En même temps, vertige et titubation et diplopie intermittente. *Elle a de la difficulté pour uriner, elle doit pousser.*

Périodes de rémission et d'exacerbation jusqu'au commencement de 1901 où la malade dut cesser tout travail et entrer à Boucicaut, d'où on la transfère à la Salpêtrière le 17 mai 1901.

État actuel. — Démarche cérébello-spasmodique. Réflexes rotuliens et achilléens exagérés. Réflexe de Babinski. Clonus à peine ébauché.

Pas de tremblement.

Les troubles sphinctériens ont disparu.

Observation XIX

Sclérose en plaques. Incontinence puis rétention d'urine.

M. Jules C..., dessinateur, entré le 14 février 1909.

Aurait perdu un frère de méningite à 39 ans.

Le malade s'est bien porté jusqu'en 1907 où il a commencé à éprouver de la faiblesse de la jambe droite, au bout d'un an cette faiblesse gagnait le bras droit et six mois après la jambe gauche. A cessé tout travail depuis huit mois. En même temps ressentait des vertiges.

Il y a un an, le malade a eu pendant trois mois environ *de l'incontinence d'urine, à laquelle a succédé un certain degré de rétention qui existe encore.*

Examen. — Démarche cérébello-spasmodique. Force musculaire diminuée à droite.

Réflexes tendineux exagérés. Clonus très marqué à droite, moins à gauche. Signe de Babinski bilatéral.

Nystagmus prononcé, décoloration de la papille droite.

Parole légèrement scandée.

Observation XX

Sclérose en plaques et rétention d'urine.

Mme M..., 38 ans, ménagère, entrée en juin 1906.

A eu des crises d'hystérie de 14 à 19 ans qui ont cessé lors de son mariage conclu à cet âge. A une fille bien portante. A 32 ans, retour des crises hystériques presque quoditiennes accompagnées de céphalée. Une des crises fut suivie de paralysie du bras droit qui disparut après une séance d'hypnotisme.

A partir de 1903, lourdeur du côté droit.

Examen. — Hémiparésie droite. Signe de Babinski à droite. Clonus des deux côtés.

Nystagmus latéral et diplopie passagère.

Besoins impérieux d'uriner, rétention si elle ne les satisfait pas immédiatement.

Tremblement intentionnel des deux membres droits, contracture du même côté. Démarche spasmodique.

Réflexes un peu exagérés.

Observation XXI

Sclérose en plaques, légère rétention d'urine.

M. Alphonse D..., 36 ans, employé, entré le 15 juillet 1907.

Un frère épileptique.

Depuis avril 1905, le malade éprouva de la faiblesse dans le côté gauche, le mois suivant, affaiblissement rapide de la vue, puis la jambe droite était prise à son tour.

Examen. — Démarche titubante, cérébelleuse. Les réflexes tendineux sont exagérés. Babinski à gauche. La force musculaire est conservée. Gros tremblement intentionnel. Pas d'embarras de la parole.

Nystagmus. Acuité visuelle très diminuée à droite. Les deux papilles sont décolorées.

M. D... éprouve une certaine difficulté à uriner, il est obligé de pousser.

Observation XXII

Sclérose en plaques avec atrophie musculaire. Troubles sphinctériens (Th. Lejonne).

Mme Cécile R..., 35 ans, entrée le 23 août 1898.

Après une grippe soignée en 1895, Mme R... fut prise subitement au réveil d'une hémiparésie gauche atteignant les membres et la face. Cet état dura trois mois environ, et s'améliora. Mais six mois plus tard, faiblesse des jambes gagnant à leur tour les bras en 1897.

Examen. — Démarche saccadée, les pieds se heurtent et se frottent, les pas sont irréguliers.

Force musculaire des membres inférieurs diminuée, et aussi du bras droit.

Réflexes tendineux exagérés. Clonus bilatéral. Double signe de Babinski.

Tremblement intentionnel des mains.

Quelques troubles des sphincters : *depuis un an la malade a de la peine à uriner, elle est obligée de pousser.*

Léger nystagmus. Crises de larmes et de rire.

L'état de la malade resta stationnaire avec même un peu d'amélioration jusqu'en 1900 où après une nouvelle attaque d'hémiplégie les troubles s'accentuèrent il s'accompagnèrent d'atrophie musculaire. En même temps *la rétention d'urine se transforme en incontinence.* Quelquefois *incontinence des matières.*

Observation XXIII

Sclérose en plaques. Efforts de miction.

M. André d'A..., 34 ans, entré le 14 janvier 1908.

Il naquit cinq ans après que sa mère était atteinte de tabès dorsal, elle est morte depuis. Il se porta bien jusqu'au mois de juillet 1906: il est pris à cette époque d'une angine à la suite de laquelle ses jambes s'affaiblirent, sans aucune douleur. Elles ses ont affaiblies progressivement et il y a trois mois la malade a dû cesser son travail. A la suite d'une ponction lombaire il a de violentes céphalées et il marche encore plus difficilement. Il y a deux mois est apparu un léger tremblement de la main gauche et de la tête.

État actuel. — Démarche titubante, légèrement spasmodique. La station debout est facile. Pas de signe de Romberg. La force musculaire est conservée.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont augmentés. Clonus et signes de Babinski bilatéraux, sensibilité conservée.

Aux membres supérieurs la force musculaire est conservée. Les réflexes sont vifs.

Léger tremblement intentionnel à gauche.

Gros nystagmus. Légère décoloration des papilles.

Il est obligé de pousser et de faire effort pour uriner.

Observation XXIV

Sclérose en plaques. Incontinence passagère d'urine et de matières.

M. Albert D..., 30 ans, cultivateur, entré le 5 décembre 1906.

Pas d'accidents nerveux dans la famille. Lui-même eut une typhoïde au régiment, puis fit des excès alcooliques. Il y a quatre ans il commença à mal marcher, à tituber. Sa marche devint de plus en plus difficile, et il dut cesser tout travail. Il y a un an environ, passagèrement, il eut des troubles des sphincters qui ont presque disparu maintenant : *il avait des besoins impérieux et parfois les urines et les matières partaient malgré lui.* Il souffrait en même temps de tremblement et sa parole se troubla et devint difficile.

État actuel. — Démarche titubante, écarte les jambes, chancelle s'il tourne sur lui-même.

Peu de spasmodicité. La station debout est meilleure; pas de signe de Romberg.

La force musculaire est légèrement et partiellement diminuée à droite, intacte à gauche.

Réflexes exagérés et clonus. Pas de Babinski.

Aux membressupérieurs : Force musculaire légèrement diminuée à droite. Pas d'incoordination. Mais gros tremblement intentionnel. Troubles marqués de la diadococinésie.

Réflexes un peu exagérés.

Léger nystagmus. Parole lente, scandée, un peu embrouillée.

Pollakiurie et envies impérieuses d'uriner : s'il ne pouvait les satisfaire, M. D... urinerait sous lui. Les troubles de la défécation ont disparu.

Observation XXV

Sclérose en plaques. Besoins impérieux d'uriner et d'aller à la selle.

M. U..., 28 ans, souffleur de verre, entré en avril 1902.

Père et frères assez bien portants. Sa mère boite depuis sa ménopause sans cause déterminée.

Le malade a eu la typhoïde à l'âge de 7 ans. Il nie toute maladie vénérienne.

Depuis quelques années il se plaignait de faiblesse sur les jambes qui augmenta progressivement.

Au mois de novembre 1901 il éprouva de la difficulté pour parler et il se mit à trembler.

État actuel. — Le malade ne peut se tenir debout ou marcher seul. Quand on l'aide, sa marche est spasmodique : il projette ses jambes en avant et accroche le sol avec les pointes des pieds.

Il n'y a pas d'atrophie musculaire. Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés, ainsi que ceux de l'olécrane et du poignet. Pas de clonus du pied. Signe de Babinski.

Tremblement intentionnel très marqué aux membres supérieurs. Tremblement de la langue. Nystagmus dans les deux sens. Pas d'autres troubles oculaires, sinon parfois une diplopie passagère. La parole est scandée, explosive.

La sensibilité est normale sous tous ses modes.

Lorsque M. U... a envie d'uriner ou d'aller à la selle, il doit satisfaire immédiatement son besoin, sinon ses sphincters ne résistent pas.

Observation XXVI

Sclérose en plaques avec constipation et incontinence d'urine.

M. D..., 46 ans, comptable, entré le 6 juin 1899.

Aucun antécédent héréditaire notable.

Antécédents personnels. — Rien à noter dans l'enfance ni l'adolescence. Père d'un enfant bien portant.

Au mois de juin 1896 la jambe gauche devint lourde et raide. Le malade boitait de temps en temps.

Cet état dura deux ans. Puis en janvier 1898, la jambe droite fut prise à son tour. Dès lors, démarche extrêmement pénible. Il dut s'aliter au mois de mars 1898. Il ne s'est pas relevé depuis.

A la fin de 1898 il eut de la gêne de la parole. Il s'aperçut qu'il tremblait et que parfois il voyait double, il éprouva *de la difficulté dans la miction et la défécation.*

M. D... entra à la Salpêtrière en juin 1899.

État actuel. — Impotence complète des deux membres inférieurs; paraplégie totale, sans troubles de la sensibilité. Réflexes rotuliens et achilléens exagérés. Signe de Babinski. Clonus.

Aux membres supérieurs, léger tremblement intentionnel, plus marqué à droite. Les réflexes sont forts. La force musculaire est passablement diminuée.

Élocution lente et scandée.

Cet homme conserve toujours un urinal entre les jambes, car il présente de l'incontinence d'urine. Par contre la constipation est opiniâtre.

Observation XXVII

Sclérose en plaques avec troubles de la miction.

Joseph Diaz-G..., âgé de 39 ans. Épicier. Sorti de la clinique le 25 juin 1894.

Au point de vue des antécédents héréditaires, on trouve un frère tuberculeux vivant. Ses parents du côté maternel sont tous nerveux.

Antécédents personnels. — A 14 ans conjonctivite granuleuse de l'œil gauche. Blennorrhagie il y a cinq ans. Vers la même époque lumbago dont il souffrit une semaine. Pas de syphilis.

En 1890 eut des vertiges qui durèrent un an.

Six mois après il a commencé à être gêné pour marcher, d'abord la jambe droite, puis peu de temps après les deux. Sa gêne pour la marche a progressé lentement sans rémission.

Au même moment eut des sensations de constriction thoracique.

Diplopie depuis deux ans.

Douleurs fulgurantes dans les jambes pendant deux ans, disparues depuis six mois.

Dès le début de sa maladie eut des accès de rire irrésistible.

Les jambes ont maigri depuis dix mois.

État actuel :

Facies. — Paupière gauche supérieure légèrement abaissée. Léger strabisme interne.

Nystagmus double.

Membres inférieurs. — Jambes raides : le malade ne peut marcher sans béquilles. Exagération des réflexes rotuliens et tré-

pidation épileptoïde des deux côtés. Contracture très marquée des adducteurs. Peu d'atrophie.

Membres supérieurs. — Tremblement très léger mais très net de la main droite à l'occasion des mouvements volontaires. Pas d'atrophie.

Bras gauche devenu plus vigoureux que le droit depuis le début de la maladie.

Pas de pertes de connaissance.

Constipation habituelle. Besoins d'uriner fréquents. La miction est douloureuse, bien que le malade ne présente pas de cystite.

Observation XXVIII

Sclérose en plaques avec troubles vésicaux.

Mme de B..., âgée de 30 ans, entrée en juin 1893 à la Salpêtrière.

Antécédents héréditaires. — Mère âgée actuellement de 64 ans, rhumatisante et cardiaque, très nerveuse. Père goutteux.

Un frère de la malade est mort tuberculeux à 22 ans.

Antécédents personnels. — A 6 ans fluxion de poitrine, à 12 ans, scarlatine.

A 19 ans, attaque de rhumatisme articulaire.

A 21 ans, accouchement normal d'une fille actuellement bien portante.

Infection à la suite des couches.

A 20 ans, nouvelle attaque de rhumatisme avec complications cardiaques.

Tempérament très nerveux. Crises de rires ou de larmes fréquentes.

Début de la maladie actuelle. En juin 1887, après un bain de mer eut un malaise accompagné de crampes et de tremblements des mains et de la jambe gauche. Elle se réveille le lendemain paralysée du côté gauche et aphasique. Au même moment elle souffrit d'une angine pseudo-membraneuse.

Au bout de six semaines la parole revint; au bout de trois ou quatre mois la paralysie s'atténua. A ce moment accès de rire irrésistibles.

En mars 1888, Mme de B... entre dans le service de M Joffroy où elle reste quinze mois. D'après la malade on aurait diagnostiqué hémiplégie.

Elle alla ensuite de service en service jusqu'à son entrée ici en juin 1893.

État actuel. — Strabisme interne de l'œil gauche. Légère contracture du côté gauche de la face. Nystagmus très accentué sans possibilité de fixation.

Jambes raides frottant le sol par la pointe. Réflexes rotuliens très exagérés. Trépidation épileptoïde. Fourmillements et douleur dans la jambe gauche.

Réflexes du coude et du poignet exagérés.

Pas de tremblement. Léger roulement présystolique.

Parole scandée typique. Rires irrésistibles et prolongés. Vertige.

Constipation habituelle. Besoins impérieux d'uriner.

Observation XXIX

Sclérose en plaques. Troubles sphinctériens (*in* Th. Lejonne).

Juliette D..., 46 ans, entrée en mai 1899, morte en septembre 1899.

La maladie a commencé en 1889 par de la faiblesse dans les jambes. Au bout de deux ans la paraplégie est complète et la malade ne peut quitter le lit.

Quand la malade entre à la Salpêtrière on constate un état spasmodique généralisé aux quatre membres avec contracture en flexion. Paraplégie complète.

Les membres supérieurs sont moins atteints.

La malade avait présenté de la diplopie.

Gros troubles sphinctériens. Incontinence d'urine et des matières.

Eschares fessière et talonnière.

La malade meurt de septicémie en septembre 1899.

Autopsie. — Moelle très diminuée de volume. Sclérose intense constituée par un tissu grisâtre. A certains niveaux, la sclérose a envahi toute l'épaisseur de l'organe; à d'autres niveaux plaques caractéristiques. L'isthme de l'encéphale également en est parsemé.

Atrophie des racines antérieures et postérieures.

Épaississement des méninges molles.

A l'examen histologique on constate que l'atrophie est surtout une atrophie du tube nerveux.

Observation XXX

Sclérose en plaques. Incontinence d'urine.

M. C..., 29 ans, comptable, entré en 1899.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Antécédents personnels. — Réformé pendant le service militaire pour faiblesse de constitution. L'année suivante en 1894, après une violente émotion, devient triste, redouble les excès de travail et de femmes. Il éprouve de la difficulté à marcher ; on fait le diagnostic de tabès puis de sclérose en plaques dès ce moment. En décembre 1894, tomba dans la rue, depuis il n'a plus marché et *il perd ses urines.*

État actuel. — Nystagmus bilatéral, latéral et vertical. Léger strabisme divergent.

Exagération du réflexe massitérin. Parole scandée, spasmodique.

Membres supérieurs : Tremblement intentionnel extrêmement marqué. Réflexes exagérés.

Légère contracture à droite, plus accentuée à gauche. Sensibilité atténuée.

Membres inférieurs : Réflexes exagérés. Signe de Babinski très net. Trépidation épileptoïde inépuisable. Contracture des deux côtés et atrophie musculaire.

Accès de rire très fréquents.

Constipation et incontinence d'urines.

Observation XXXI

Sclérose en plaques. Besoins impérieux d'uriner.

Mme Mathilde C..., 43 ans. Entrée le 4 avril 1899.

Dans les antécédents familiaux on trouve une sœur nerveuse, émotive.

La malade elle-même a toujours eu un caractère nerveux et impressionnable. A 16 ans, elle eut une fièvre typhoïde sans gravité. Elle s'est mariée à 23 ans. Pas d'enfants. Pas de syphilis. La maladie actuelle aurait débuté il y a vingt ans, trois mois après le mariage de la malade. A la suite d'une émotion elle perdit connaissance et tomba à terre. Cette crise dura une demi-heure sans convulsions, sans cris, elle ne fut suivie d'aucun accident paralytique.

Mais depuis cette époque affaiblissement marqué des membres inférieurs. Elle entra à la Salpêtrière il y a dix ans, elle en sortit légèrement améliorée. Depuis cette époque les troubles de la marche ont augmenté progressivement, et s'accompagnent de sensation de froid.

État actuel. — Dans la marche les membres inférieurs sont raides, les pieds en extension frappent le sol du talon. Pas inégaux. La malade titube et doit s'appuyer aux lits pour ne pas tomber.

Pas de signe de Romberg. Réflexe rotulien exagéré. Pas de clonus du pied. Sensibilité bien conservée. Pas d'atrophie musculaire aux membres supérieurs, légère incoordination motrice. Pas de tremblement.

Parole lente, monotone, scandée. Parfois léger tremblement

de la tête, nystagmus léger. Crises de rire ou de larmes très fréquentes.

Depuis quelques mois, la malade éprouve parfois des besoins impérieux d'urine auxquels elle doit céder immédiatement.

Observation XXXII

Sclérose en plaque. Constipation. Rétention d'urine.

Mlle Héloïse R..., 38 ans. Entrée en 1886.

Père alcoolique. Mère morte de tuberculose pulmonaire.

La malade eut des convulsions dans son enfance, puis à 9 ans une attaque épileptiforme.

A l'âge de 16 ans 1/2 la malade ressentit des douleurs dans les jambes, suivies de difficulté progressive de la marche. En même temps perte de la sensibilité : elle ne sait pas sur quoi elle marche. A 21 ans elle est hospitalisée pendant quatre mois.

Dès ce moment *elle a de la rétention d'urine et de la constipation.*

En même temps tremblement et fourmillements des membres supérieurs, troubles de la parole, vertiges ; accès de rire et de larmes.

Actuellement en 1899 la marche est possible, mais très difficile, jambes légèrement contracturées.

Réflexes exagérés. Clonus, pas de signe de Babinski.

Léger tremblement intentionnel aux membres supérieurs.

Parole scandée, spasmodique. Nystagmus dans les deux directions.

Les troubles des sphincters sont amendés.

Observation XXXIII

Sclérose en plaques. Alternatives de constipation et d'incontinence des matières. Rétention d'urine.

M. I..., 34 ans, entré le 6 août 1903.

Aucun antécédent héréditaire.

Lui-même a joui durant toute son enfance et son adolescence d'une bonne santé. Il a contracté à l'âge de 24 ans la fièvre typhoïde : son affection actuelle a commencé pendant la convalescence de cette maladie en 1892 : le malade s'aperçoit que son bras gauche perd de sa vigueur, son épaule est lourde puis sa jambe gauche est prise à son tour. Traité par l'électricité il s'est amelioré rapidement, tout en conservant une certaine lourdeur du bras gauche.

En 1896, à la suite d'excès vénériens, les troubles s'accentuent subitement et gagnent le côté droit. La marche devient difficile. En 1897 il s'améliore passablement et son état reste stationnaire jusqu'en 1903 date de son entrée à la Salpêtrière.

État actuel. — Légère parésie du membre supérieur gauche, avec atrophie musculaire.

Tremblement intentionnel. Nystagmus. Inégalité pupillaire.

Démarche spasmodique. Signe de Romberg. Réflexes exagérés. Signe de Babinski. Clonus intense.

Constipation habituelle, mais quelquefois besoin impérieux d'aller à la selle, au point qu'il ne peut se retenir.

Miction pénible nécessitant des efforts. A eu plusieurs fois de la rétention.

Observation XXXIV

Sclérose en plaques. Alternatives de rétention d'urine et de besoins impérieux.

Mme C..., 40 ans, couturière, entrée en avril 1900.

Entre pour faiblesse des jambes.

Antécédents familiaux sans intérêt.

Elle-même s'est bien portée jusqu'en 1886 époque où pendant trois mois elle a souffert de céphalée et d'insomnie. Elle a maigri beaucoup et perdu l'appétit à ce moment-là. En 1891, (elle était danseuse à cette époque) elle ressentait des tremblements dans les jambes qui se terminaient par des crises de larmes. L'année suivante elle a eu de la diplopie. En 1895 la raideur de ses jambes la força à cesser son métier et à entreprendre celui de couturière. Bientôt elle dût complètement cesser de marcher, sa jambe gauche lui refusa le service la première, ce qui la décida à entrer à la Salpêtrière.

État actuel. — Réflexes rotuliens exagérés. Légère trépidation spinale.

La marche est encore possible, mais très pénible ; les jambes sont raides, rasent le sol, se dérobent parfois et la malade tombe.

Les jambes sont contracturées, le genou se fléchit difficilement, de même le pied.

Il n'y a aucun trouble de la motilité des membres supérieurs, pas de tremblement.

Hyperesthésie généralisée et fourmillements.

Inégalité pupillaire. Pas de nystagmus. Actuellement pas de diplopie.

Parole lente, scandée, monotone ; facultés intellectuelles diminuées.

Depuis plusieurs mois Mme C... *a des difficultés de miction. Elle a une rétention momentanée qui l'oblige à pousser et qui lui cause de la douleur dans la région sus-pubienne et quand elle éprouve le besoin d'uriner, elle ne peut résister. Pas d'incontinence.*

Observation XXXV

Sclérose en plaques. Faiblesse de la vessie et constipation.

Mme Juliette D..., 25 ans, entrée le 23 novembre 1904.

Dans les antécédents familiaux, nous trouvons une tante paternelle atteinte d'hémiplégie droite. Les parents et les enfants sont bien portants.

La malade après un accouchement laborieux à 17 ans resta trois mois au lit. Un mois après s'être relevée, elle constata que ses jambes étaient faibles, puis elle eut du ptosis à l'œil droit pendant trois semaines. En même temps les genoux fléchissaient, les jambes devenaient lourdes et durant des périodes de quelques jours Mme D... ne pouvait marcher. Puis en 1900, il y eut une rémission d'un an. A la fin de cette année, Mme D... fut prise de tremblements des mains et des bras pendant que la faiblesse des jambes reparaissait, s'accroissant progressivement jusqu'en août 1903 où il y eut une rémission d'une quinzaine de jours après laquelle la malade a complètement cessé de marcher.

Examen actuel. — Parole lente et scandée, remontant d'après Mme D... au début de sa maladie. Démarche absolument impossible.

La paralysie du membre inférieur droit est plus complète qu'à gauche, accompagnée des deux côtés de tremblement intentionnel, également très marqué aux membres supérieurs.

Pas d'atrophie musculaire.

Nystagmus léger, réflexes papillaires normaux.

Tous les réflexes des membres inférieurs sont exagérés. Il y a en outre un signe de Babinski très net et de la trépidation épileptoïde.

Les réflexes des membres supérieurs sont également exagérés, tandis que les réflexes cornéein et palatin sont abolis.

La sensibilité est partout normale.

La famille nous apprend que *la vessie est très faible et que la malade est atteinte depuis 1900 d'une constipation opiniâtre.*

Observation XXXVI

Sclérose en plaques. Besoins impérieux d'uriner. Pollakiurie. Incontinence des matières.

Mme Marie V..., âgée de 49 ans, entrée le 20 septembre 1905.

Antécédents familiaux et personnels sans rien de notable. Passablement alcoolique.

A l'âge de 25 ans, la malade ressentit des faiblesses dans les jambes assez accentuées pour provoquer des chutes dans la rue, mais n'empêchaient pas la marche.

Depuis cinq ans, c'est-à-dire au bout de vingt ans, les jambes deviennent lourdes, sensation de faiblesse dans les reins. La malade marchait en traînant les jambes, puis il y a six mois impotence complète.

Depuis un an, maladresse des mains.

État actuel. — Impossibilité de la marche. maladresse des mains. L'œil droit est bon, mais cécité complète à gauche : glaucome et cataracte (la vue de ce côté a commencé à se troubler il y a deux ans). Léger nystagmus.

Force musculaire extrêmement diminuée dans les membres inférieurs. Dans les supérieurs, conservée ; mais incoordination des mouvements et léger tremblement intentionnel.

Sensibilité normale sous ses trois modes.

Réflexes conservés, normaux. Signe de Babinski des deux côtés.

État intellectuel assez satisfaisant. Crises de larmes.

La malade a perdu trois fois ses matières et a de fréquentes envies d'uriner, elle ne se retient que peu de temps et difficilement.

Elle meurt le 13 décembre 1908.

Autopsie. — La moelle est littéralement criblée de plaques de sclérose, surtout la région cervico-dorsale, typiques. A la région dorsale, la moelle est transformée en un cylindre gris dans lequel il n'existe plus qu'une petite région antéro-externe dans laquelle les faisceaux blancs sont respectés. Dans la bulbe, la protubérance, les pédoncules cérébraux, grosses plaques de sclérose typique.

Nombreuses plaques dans la substance blanche du cerveau, la voie motrice de la capsule interne. Beaucoup de plaques sont exactement arrondies et centrées par un vaisseau.

Pas de méningite nette.

Observation XXXVII

Sclérose en plaques. Besoins impérieux d'uriner.

M. L..., peintre en bâtiment, entré en septembre 1905.

Rien à noter comme antécédents familiaux.

Le malade s'est bien porté jusqu'au début de 1903, où sa maladie actuelle a débuté par une faiblesse simultanée des jambes et des bras qui n'a pas augmenté.

État actuel. — La marche est assez facile et symétrique, mais hésitante, le malade se tient les jambes écartées, il a une légère tendance à tomber en arrière. Il tourne et change de direction assez difficilement.

Il n'y a pas de signe de Romberg.

Les réflexes patellaires et achilléens sont exagérés. Signe de Babinski pas très net. Pas de clonus.

Nystagmus accentué.

Hyperesthésie généralisée.

Le malade doit se dépêcher d'uriner sitôt que le besoin s'en fait sentir pour ne pas souiller ses vêtements.

Observation XXXVIII

Sclérose en plaques. Incontinence nocturne d'urine. Constipation opiniâtre. Troubles génitaux.

Mme P..., 33 ans, entrée le 6 juin 1906.

Antécédents familiaux sans intérêt. La malade elle-même s'est toujours bien portée, bien que d'un tempérament nerveux et irritable.

A l'âge de 18 ans, après un choc assez violent sur le genou droit, elle s'aperçut que sa jambe droite devenait plus lourde et y ressentit des fourmillements. Ces symptômes s'étendirent peu de temps après au bras droit, et en même temps disparurent au membre inférieur. Elle se plaignait également d'un tremblement assez intense. Tous ces phénomènes durèrent quelques mois puis disparurent. Onze ans plus tard, en 1902, ils reparurent en même temps que sa vue baissait. La marche devint de plus en plus difficile et le tremblement gênant, la parole fut légèrement troublée. En mai 1905, le côté gauche fut envahi à son tour, *tandis que se montrèrent pour la première fois des troubles du sphincter vésical : elle urinait dans son lit trois ou quatre fois par mois en moyenne.*

État actuel. — Démarche impossible sans soutien, festonnée, titubante. Les pieds frottent par leur pointe. Tremblement intentionnel et massif des membres et de la tête.

La force musculaire est un peu diminuée.

Les réflexes des quatre membres sont tous exagérés. Signe d'Oppeinheim. Signe de Babinski, clonus du pied des deux côtés.

Sensibilité assez bien conservée dans ses trois modes. Vertiges continuels. Nystagmus plus accentué dans le sens latéral. Décoloration des nerfs optiques. Crises de rires et de pleurs. *Constipation opiniâtre. Incontinence nocturne d'urine. Troubles génitaux.*

Observation XXXIX

Sclérose en plaques. Constipation. Pollakiurie.

Mme B..., 33 ans, entrée le 13 décembre 1906.

Antécédents familiaux peu notables et personnels sans inci-

dents jusqu'au mois de janvier 1900. A cette époque Mme B... perd un enfant et peu de jours après elle éprouve des troubles de la parole, puis sa jambe droite se raidit et la marche devient difficile, elle perd son équilibre au point de faire plusieurs chutes, un peu plus tard la main droite est prise à son tour, elle devient maladroite et tremble.

État actuel. — La station debout est difficile, les pieds joints. La démarche est troublée par la rigidité de la jambe droite ; la pointe du pied traîne.

Aux membres supérieurs, légère incoordination et léger tremblement intentionnel.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont exagérés. Clonus du pied. Signe de Babinski.

La force musculaire est notablement diminuée à droite. La sensibilité légèrement augmentée du même côté. Nystagmus dans le sens latéral.

Crises fréquentes de rires et de larmes. La parole est lente et monotone.

Constipation opiniâtre. Pollakiurie matutinale.

Observation XL

Sclérose en plaques. Troubles génitaux.

M. Jules L..., 43 ans, foulonnier, entré le 13 décembre 1906.

Pas d'accidents nerveux dans la famille. Le malade a souffert des fièvres aux colonies et y a contracté des habitudes d'éthylisme. Depuis dix-huit mois il ressentait des raideurs dans la région dorso-lombaire et dans les orteils, sans aucun trouble dans la marche, qui ne survinrent qu'un an après ; il traîne l'extrémité des pieds et a les jambes raides.

État actuel. — Démarche très spasmodique, pas de troubles de la station debout.

La force musculaire est passablement conservée aux membres inférieurs. Pas d'atrophie musculaire, mais contracture. Réflexes rotuliens et achilléens très vifs. Clonus du pied très net. Signes de Babinski et d'Oppenheim peu accentués.

Aux membres supérieurs, la force musculaire est intacte à droite, légèrement diminuée à gauche. Légère contraction à gauche. Réflexes exagérés.

Sensibilité normale à tous les modes. Pas de nystagmus ni de signe d'Argyll-Robertson.

Pas de troubles sphinctériens. *Érections faibles et courtes.*

Observation XLI

Sclérose en plaques. Incontinence des matières et des urines

Mme F..., âgée de 38 ans. Entrée le 16 avril 1907.

Rien à noter dans la famille. Mme F... a un passé sans antécédents jusqu'en 1901 où elle a ressenti des douleurs sourdes dans la région lombaire, puis elle s'est mise à traîner la jambe gauche puis la droite. Depuis un an elle ne peut plus marcher.

Les membres supérieurs se sont affaiblis et se sont mis à trembler.

Depuis six mois, elle éprouve des troubles sphinctériens ; elle perd ses urines et parfois ses matières.

État actuel. — La force musculaire est conservée aux quatre membres. Les réflexes olécraniens, du poignet, rotuliens, achilléens sont augmentés. Clonus du pied très accentué. Signe de Babinski.

Démarche spasmodique. La malade ne peut marcher sans appui. La sensibilité est normale. Incoordination et tremblement intentionnel très marqués.

Léger strabisme convergent. A eu de la diplopie disparue maintenant. Pas de nystagmus.

Incontinence d'urine permanente, passagère des matièr e fécales.

Observation XLII

Sclérose en plaques et hystérie. Incontinence des matières; besoins impérieux

M[lle] Marie S..., 25 ans, entrée le 13 novembre 1907.

A toujours été très nerveuse, et depuis l'enfance a eu de nombreuses et violentes crises de colère suivies de larmes abondantes. En 1900 après une vive émotion, elle est prise d'une hématémèse abondante à laquelle succède une faiblesse généralisée. En mai 1902, à la suite d'une autre vive émotion (elle manque un mariage) elle éprouve de la faiblesse dans les deux jambes accompagnée de fourmillements. Elle ne peut marcher sans se tenir aux meubles. Puis incoordination, puis raideur. En mai elle doit prendre le lit et subit une violente crise d'hystérie depuis laquelle elle est prise de tremblement des mains et de vertiges fréquents.

Pendant quinze jours elle eut de la diplopie. Au mois d'août elle put faire quelques mouvements des jambes et à la fin de l'année se lever et marcher avec un aide.

Elle eut des alternatives de pire et de mieux jusqu'en 1906 où l'omélioration est durable. M[lle] S... peut marcher avec des béquilles et même seule si son père lui tient la main.

Actuellement, on trouve des réflexes un peu vifs. Pas de trépidation épileptoïde.

Réflexe plantaire en flexion, aux membres supérieurs, tremblement intentionnel très marqué. Nystagmus très net. Parole à peu près normale.

A de l'incontinence des matières à la fin des crises d'hystérie et dans l'intervalle des besoins impérieux d'aller à la garde-robe.

Observation XLIII

Sclérose en plaques. Efforts pour uriner et alternativement incontinence

M. Achille C..., 35 ans, ouvrier métallurgiste, entré le 22 août.

Tous ses proches se portent bien. Lui-même a toujours eu une bonne santé jusqu'en 1904. Cette année-là il ressentait par moments de la faiblesse dans les jambes. Cela durait trois ou quatre jours et reparaissait tous les trois ou quatre mois.

Cette situation s'est prolongée trois ans environ et s'est accentuée depuis six mois. La faiblesse des jambes et la gêne de la marche sont devenues permanentes et *le malade est obligé de pousser pour uriner.*

État actuel : membres inférieurs. — La force musculaire est conservée. Les réflexes rotuliens et achilléens sont forts. Il y a du clonus et le signe de Babinski existe des deux côtés. La démarche est hésitante, un peu incertaine, un peu talonnée.

Pas de signe de Romberg. La sensibilité est intacte.

Aux membres supérieurs, les réflexes sont également exagé-

rés. Pas de tremblements. Pas de nystagmus ni d'autres troubles oculaires.

Troubles urinaires. — Depuis six mois environ le malade était obligé de pousser pour uriner. De temps en temps il présente un peu d'incontinence.

Observation XLIV

Sclérose en plaques amyotrophique. Troubles des sphincters
(Th. Lejonne.)

Mme Isabelle M..., 26 ans, entrée le 13 décembre 1898.

Mère et trois sœurs sujettes à de grandes attaques d'hystérie.

Dès l'âge de 16 ans la malade ressentit de l'engourdissement et de la raideur dans les jambes.

Elle se maria deux ans après, et son état ne fit qu'empirer. Elle marchait très difficilement.

Un an plus tard elle eut un enfant qui mourut à 4 mois 1/2. Peu après elle eut des troubles de la miction et de la défécation qui durèrent six mois : *alternatives d'incontinence et de rétention de l'urine et des matières fécales.*

Examen. — Exagération énorme des réflexes tendineux. Clonus inépuisable. Babinski bilatéral. Démarche spasmodique. Contracture. Aux membres supérieurs tremblement intentionnel très marqué. Les troubles sphinctériens sont de plus en plus accusés.

Accès de rein spasmodique. Nystagmus très accentué. Parole scandée et explosive.

Ces troubles augmentent jusqu'en 1902 où commence à apparaître l'atrophie musculaire.

Observation XLV

Sclérose en plaques à forme amyotrophique.
Troubles sphinctériens. (Th. Lejonne.)

M^lle Jeanne D..., 34 ans, entrée en décembre 1895.

Un grand-père mort de paralysie.

En 1886, âgée de 18 ans, M^lle D... commença à traîner les pieds en marchant. En 1887 on devait l'accompagner dans la rue. Puis elle devint incapable de sortir et dut faire son travail chez elle. L'année suivante apparaît du tremblement de la tête et du tronc, et de la dyspepsie. Puis des crises de larmes et de rires sans raison. En 1894 apparaissent la contracture des jambes et les *troubles des sphincters*.

Examen. — Réflexes très exagérés au membre supérieur. La contracture des membres inférieurs empêche de les y rechercher. Tremblement intentionnel. Force musculaire très diminuée. Légère atrophie musculaire. Nystagmus très net. Vertiges. Rire spasmodique.

En 1897 l'atrophie musculaire augmente et la malade devient tout à fait impotente.

Elle a de l'incontinence absolue et continuelle de l'urine et des matières fécales.

Observation XLVI

Sclérose en plaques. Légère rétention d'urine et des matières.

M. Gaston P..., 25 ans, menuisier, entré le 28 octobre 1908.

Rien à noter dans la famille.

Vers 10 ou 15 ans le malade souffrit passagèrement de diplopie qui ne revint jamais.

C'est au régiment qu'il s'aperçut qu'il ne pouvait bien courir, ni même marcher et qu'il avait les jambes raides, on doit le réformer. En revenant du service, hémoptysies répétées pour lesquelles il est soigné à Saint-Antoine puis à Angicourt, où il continue à constater de la lourdeur dans la jambe droite suivie bientôt de tremblement de la tête, qui gagne ensuite le bras droit.

État actuel.—Tremblement généralisé disparaissant au repos. Démarche instable, le malade a peine à maintenir son équilibre. La force musculaire est passablement conservée. Quelques troubles de la diadococinésie.

Les réflexes tendineux sont vifs au membre inférieur, affaiblis au contraire au membre supérieur. Signe de Babinski bilatéral.

La parole est lente, saccadée, monotone. Nystagmus dans les positions extrêmes du regard.

Depuis un mois, un peu de rétention d'urine et des matières.

Observation XLVII

Sclérose en plaques, alternatives d'incontinence et de rétention d'urines.

M. S..., 28 ans, sculpteur, entré le 28 novembre 1909.

En février 1905 a commencé à ressentir de la lourdeur dans la jambe droite qui s'est transmise ensuite de l'autre côté. Au mois d'octobre a cessé de marcher dans la rue. Les bras étaient un peu engourdis, pas au point cependant de l'empêcher de travailler

Examen. — Démarche spasmodique. Force musculaire bien conservée.

Réflexes tendineux exagérés. Clonus et signe de Babinski des deux côtés.

Sphincters: *constipé ; alternatives d'incontinence et de rétention d'urine.*

Nystagmus transversal.

Observation XLVIII

Sclérose en plaques. Incontinence d'urine.

Mme B..., 38 ans, entrée le 25 avril 1907.

En 1893 commence à sentir ses jambes se dérober sous elle brusquement. Cette faiblesse disparut rapidement. Puis en juin 1901 se plaint de nouveau de faiblesse des jambes et de vertiges, l'état empire au point qu'elle est obligée de prendre deux cannes pour pouvoir marcher en 1904.

A cette même époque, *incontinence d'urine diurne et nocturne* : dès qu'elle ressent le besoin elle est obligée de le satisfaire, et souvent il est trop tard. Souvent aussi l'urine part inconsciemment.

Examen. — Démarche paréto-spasmodique, jambes contracturées. Réflexes tendineux exagérés. Babinski bilatéral.

Tremblement intentionnel. Nystagmus.

Dans le service l'incontinence d'urine s'est accrue.

Observation XLIX

Sclérose en plaques. Besoins impérieux d'uriner.

M. Henri S..., 27 ans, ajusteur mécanicien, consulte le 18 janvier 1909.

Le père mort du mal de Pott.

Lui-même a joui longtemps d'une bonne santé. Il a perdu l'œil droit par accident.

Depuis trois ans environ a souffert de céphalées très douloureuses.

Depuis trois mois troubles moteurs, faiblesse des jambes.

Examen. — Le malade marche les jambes écartées en titubant. La force musculaire est conservée. Pas d'ataxie, pas de tremblement.

Légère contracture des membres inférieurs. Réflexes tendineux exagérés. Clonus et Babinski des deux côtés.

Quelques secousses de nystagmus.

Le malade éprouve des *besoins impérieux d'uriner.*

Observation L

Sclérose en plaques à forme amyotrophique. Troubles sphinctériens (Th. Lejonne.)

Maria B..., 34 ans, entrée en février 1900, morte au mois d'août 1900.

Père mort de ramollissement cérébral.

La malade jouit d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 30 ans, en 1896. A cette date, troubles de la marche qui prend le caractère cérébelleux et s'accompagne de titubation et devient rapidement

impossible. En même temps tremblement intentionnel de la main gauche et affaiblissement de la vue. En 1898 vient consulter à la Salpêtrière où on fait le diagnostic de tumeur cérébrale ou d'astasie abasie hystérique. Revient en 1900 où le diagnostic de sclérose en plaques s'impose.

Examen. — Très mauvais état général, l'appétit est perdu. Diarrhée incoercible.

Paraplégie en contracture. Réflexes tendineux très exagérés. Signe de Babinski.

Atrophie musculaire des cuisses et des jambes.

Aux membres supérieurs, tremblement intentionnel très marqué.

Parole lente, scandée. Nystagmus très prononcé. Névrite optique et amblyopie.

Gros troubles sphinctériens. La malade perd ses urines et ses matières.

Morte d'une cachexie progressive le mois d'août suivant.

Autopsie. — Examen microscopique. Nombreuses plaques de sclérose disséminées dans tout le système nerveux central surtout au niveau de la moelle et de l'isthme de l'encéphale. Elles présentent le caractère classique. Pas de méningite.

A l'examen histologique démyélinisation considérable des plaques. La substance grise est très vascularisée. Les cornes antérieures et postérieures sont envahies par un processus destructif: les tubes nerveux et les cellules nerveuses ont entièrement disparu. Granulations abondantes. Racines antérieures à peu près intactes. Les vaisseaux sont sclérosés.

Observation LI

Sclérose en plaques. Incontinence d'urine. Abolition du sens génital.

B..., 34 ans, égoutier, entré le 20 février 1894.

Bonne santé extérieure.

Début de l'affection actuelle en 1882. Ressentit une faiblesse subite dans la jambe droite qui l'empêcha de rester debout. Ni vertiges, ni étourdissements, ni douleurs dans la jambe, ni fourmillements. On dut le porter chez lui. Deux jours après il était guéri et resta un an sans nouvel accident. Puis au bout d'un an, le même accident. Il entra à Saint-Antoine où il resta trois mois, d'où il sortit incomplètement guéri, conservant une certaine faiblesse des jambes.

En 1891 a commencé à trembler puis la faiblesse augmente considérablement et le 14 janvier 1893 il cesse tout travail. Il reste huit mois à la Charité d'où il sort dans le même état puis vient à la Salpêtrière.

État actuel.

Aucun phénomène douloureux. Signe de Romberg.

En marchant frappe le sol du talon droit et frotte la pointe en relevant le pied. Légère titubation.

Tremblement intentionnel manifeste, plus marqué à droite.

Parole un peu empâtée, non scandée. Pas de nystagmus. Amblyopie droite.

Réflexes rotuliens également exagérés.

Accès de rire fréquents.

Incontinence d'urine à de rares intervalles. Sens génital aboli depuis deux ans.

Observation LII

Sclérose en plaques avec rétention d'urine et des matières.

Mme Louise Th..., 36 ans 1/2, entrée le 16 mars 1903.

Après une enfance assez maladive, éprouva des crampes dans les bras et les jambes, de 16 à 18 ans. Eut la chorée à 17 ans. A 25 ans fit une chute grave à partir de laquelle elle éprouva de la faiblesse dans les jambes et des vertiges. Elle tombait fréquemment et devenait maladroite de ses mains.

Examen. — Force musculaire conservée. La démarche est difficile, titubante, la malade talonne. Démarche paréto-spasmodique. Crises spasmodiques de rire et de larmes. Léger tremblement intentionnel. Nystagmus et diplopie. La malade éprouve *de la difficulté à uriner et à aller à la selle.*

Les réflexes sont exagérés. Babinski à gauche.

On constate un rétrécissement mental.

Observation LIII

Sclérose en plaques. Légers troubles sphinctériens.

M. Louis M..., 47 ans, vernisseur, entré le 13 septembre 1892.

Aurait souffert de troubles méningés à l'âge de 3 ans qui auraient laissé une cécité passagère.

A eu pendant l'enfance variole, rougeole et scarlatine.

En 1876 après une émotion sa main droite se met à trembler. Ce tremblement gagne peu à peu tout le corps.

En 1883, ses jambes refusent le service, tantôt raides, tantôt

flottantes. La démarche est titubante, les troubles s'amendent et ne reviennent qu'en 1892.

Examen. — Démarche cérébello-spasmodique. Force musculaire bien conservée. Les réflexes tendineux sont tous exagérés. Clonus du pied.

Énorme tremblement intentionnel. Parole scandée typique. Nystagmus.

Ces troubles persistent avec des alternatives de rémission et d'aggravation jusqu'en 1900, où on constate en outre un certain degré de rétention d'urine.

Observation LIV

Sclérose en plaques. Incontinence des matières.

M. M..., 31 ans, dessinateur.

La mère souffrirait de la même affection (?)

A eu la chorée à 10 ans après une attaque de rhumatisme, et la blennorrhagie à 18 ans.

Peu après son mariage, à l'âge de 26 ans, eut une crise épileptiforme, trois ans après nouvelles crises au nombre de quatre, à la suite desquelles il éprouva des troubles mentaux.

Peu après pesanteur et raideur dans la jambe droite, démarche titubante; cette raideur gagna le bras droit qui fut ensuite atteint de tremblement, puis la partie gauche du corps.

En même temps diplopie et vertiges.

Examen. — Démarche cérébello-spasmodique. Les réflexes tendineux très exagérés des deux côtés. Signes de Babinski bilatéral ainsi que trépidation spinale.

Gros tremblement intentionnel. Parole lente. Nystagmus. Papilles décolorées.

Depuis son entrée il a eu deux crises épileptiformes à la suite desquelles il a conservé de *l'incontinence des matières*, tout en sentant le passage.

Observation LV

Sclérose en plaques. Perte du sens génital.

M. B..., âgé de 28 ans, entré le 17 mai 1906.

Rien à noter dans les antécédents familiaux, ni personnels jusqu'à octobre 1904.

A cette date M. B... a remarqué que sa main droite n'obéissait plus qu'incomplètement à sa volonté et présentait des troubles de sensibilité. Il attribuait cette impotence à une frayeur survenue quelques mois auparavant.

En janvier 1905 la parole devient traînante et hésitante. Puis il ressentit de la faiblesse des jambes, il titubait. Au bout de quelques mois a dû interrompre son travail, et dès le début de sa maladie *il a cessé tout rapport sexuel.*

Examen. — Démarche cérébello-spasmodique. Signe de Romberg. Les membres inférieurs sont raides. Les réflexes rotuliens et achilléens sont augmentés. Clonus. Signe de Babinski. La force musculaire est conservée, et il n'y a pas d'incoordination. Au membre supérieur, ni contracture, ni tremblement intentionnel, légère incoordination. La force musculaire est un peu diminuée à droite.

Légère hypoesthésie.

Léger nystagmus. Par intermittences, un peu de diplopie.

Pas de besoin sexuel depuis deux ans.

CONCLUSIONS

I. — Contrairement à l'opinion classique et conformément à l'opinion de certains auteurs étrangers, les troubles sphinctériens ont une assez grande fréquence au cours de la sclérose en plaques. Nous avons rencontré ces troubles dans environ 67 °/. des observations que nous avons étudiées.

II. — D'après nos recherches, l'incontinence d'urine l'emporterait sur la rétention. Cette prédominance de l'incontinence qui fait contraste avec l'opinion d'autres auteurs pour qui l'incontinence vraie n'existerait guère dans la sclérose multiple, ne nous paraît pas absolument assurée, notre statistique reposant en grande partie sur d'anciennes observations qui ne distinguent généralement pas entre la vraie incontinence et l'incontinence par regorgement.

Pour le sphincter anal la perte involontaire des matières est plus fréquente que la rétention.

III. — Les troubles des sphincters de la sclérose multiple atteignent la vessie plus souvent que le rec-

tum. Les troubles rectaux sont soit associés aux troubles vésicaux, soit plus rarement isolés.

IV. — Les troubles sphinctériens, dont l'existence à la période cachectique est connue d'ancienne date, dont la présence fréquente à la période de maladie confirmée est moins généralement admise et d'un intérêt secondaire au point de vue du diagnostic, s'observent également dans les périodes plus précoces, dans environ 33 °/₀ des cas dans les trois premières années, et, au cours de la première année, dans 17 °/₀ des cas.

V. — L'évolution de ces troubles est celle des autres symptômes de la sclérose en plaques, c'est-à-dire qu'ils ont grande tendance aux disparitions et réapparitions brusques.

VI. — Les troubles génitaux sont caractérisés surtout par de l'impotence sexuelle et ont la même évolution par accès.

VII. — Les troubles sphinctériens et génitaux peuvent au début de la maladie prédominer au point que l'on peut parler, avec Oppenheim, d'une forme sacrée de la sclérose en plaques, à condition que l'on ne prenne pas ce terme dans un sens trop strict. Dans les observations publiées jusqu'à présent (Oppenheim, Mendel, Curschmann, Claude et Rose) jamais la symptomatologie ne fut exclusivement sacrée.

VIII. — La comparaison chez huit malades de l'histoire clinique considérée au point de vue des troubles sphinctériens, et des coupes passant par la région sacrée de la moelle, ne nous a pas permis d'établir une relation directe entre des plaques éventuelles occupant le

centre vésico-spinal et les perturbations vésicales. Cela n'a d'ailleurs rien de surprenant, car il semble résulter de nos connaissances actuelles sur le fonctionnement de la vessie qu'une lésion interrompant les voies cérébro-spinales régissant la miction peut produire soit l'incontinence soit la rétention, et que les deux troubles peuvent se succéder dans le cas de lésions de la moelle sacrée ou de ses racines.

Vu : le Président de la thèse
RAYMOND

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
le Vice-recteur de l'Académie de Paris:
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Berger. — Eine Statistik ü. 266 Fælle des multiple Sklerose (*Jahrb. v. Psych. v. Neur.*, 1904, vol. 25, p. 168).

Bruns. — Cité par Müller.

Blum. — Cité par Frankl-Hochwart.

Charcot. — Leçons sur les maladies du système nerveux (1, p. 241).

Claude et Rose. — Quelques considérations sur les troubles sphinctériens et génitaux dans la sclérose en plaques (*l'Encéphale*, novembre 1909).

Curschmann. — Beitr. ü. Sakral. Form d. Mult. Skler, etc. (*Neurol. Centralbl.*, 1908, n° 3, p. 107).

Déjerine et Thomas. — Maladies de la moelle (in *Traité Brouardel, Gilbert, Thoinot*, 1909).

Frankl-Hochwart. — Présentation à la société viennoise de médecine interne et pédiatrie (*Wien. med. Wochenschr.*, 16 nov. 1907).

— Rapport sur les troubles de la miction sans obstacle local (*Premier congrès d'urologie*, Paris 1909).

Frankl-Hochwart et Zuckerkandl. — Maladies fonctionnelles de la vessie (in *Nothnagels. Handb. d. Spez. Therapie*).

Herter. — Cité par Frankl-Hochwart.

Hoffmann. — Die mult. skler. d. Centralnerv. syst. (*D. Zeitschr. f. Nervenheilk*, 1902, XXI, p. 1).

Kahleyss. — Ub. d. Verhalt. d. Blas. u. Mastdarm funkt. bei d. Mult. Skler. (Th. Berlin, 1890).

Lejonne. — Atrophies musculaires dans la sclérose en plaques (*Thèse de Paris*, 1903).

Mac-Intosh. — A study of the mode of onset in 80 cases of dissem. Scler. (*Review of neur. a. psych.*, février 1903).

P. Marie. — In traité de médecine Charcot-Bouchard, IX.

K. Mendel. — Z. Sakral. Form. der mult. Skler. (*Neur. Centralbl.*, 1908, n° 3, p. 112).

Mosny. — In manuel de médecine Debove et Achard.

Ed. Müller. — Die mult. Skler. d. Gehirnes u. Ruckenmarks (Jena, Fischer, 1904, p. 159).

Oppenheim. — Z. Pathol. d. dissemin. Skler. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 28 nov. 1888, p. 904).

— Weitere Beitr. z. Path. d. dissemin. Skler. (Charité *Annalen*, 1889, p.412).

— Z. Sakr. Form. des Skler-Mult. (*Neur. Centralbl.*, 1907, p. 1106).

Probst. — Cité par Müller.

Raymond et Cestan. — Cités par Frankl-Hochwart.

Sanger Brown. — The early diagnostic signs. of insul. scler, etc. (*American journ. of. med. Sc.*, 1906, vol. 132, p. 891).

Sarbo. — Cité par Frankl-Hochwart.

Schlesinger. — Cité par Frankl-Hochwart.

Zimmer. — Cité par Frankl-Hochwart.

Librairie des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris.